

**INTERVENSI RESILIENSI MELALUI *PLAY THERAPY* UNTUK MENURUNKAN  
GEJALA *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)**

**TESIS**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan**

**Memperoleh Derajat Gelar S-2**

**Program Studi Magister Psikologi Profesi**



**Disusun oleh :**

**YASMIN NURAINI**

**NIM : 201610500211003**

**DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

**Januari 2019**

**INTERVENSI RESILIENSI MELALUI *PLAY THERAPY*  
UNTUK MENURUNKAN GEJALA *POST TRAUMATIC  
DISORDER (PTSD)***

Diajukan oleh :

**YASMIN NURAINI**

**201610500211003**

Telah disetujui

Pada hari/tanggal, / **17 Januari 2019**

Pembimbing Utama

**Dr. Tulus Winarsunu, M.Si.**

Pembimbing Pendamping

**Dr. Djudiyah, M.Si.**

Direktur  
Program Pascasarjana

**Akhsanul In'am, Ph.D.**

Ketua Program Studi  
Magister Psikologi Profesi

**Dr. Iswinarti, M.Si., Psikolog**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **YASMIN NURAINI**  
NIM : **201610500211003**  
Program Studi : **Magister Psikologi Profesi**

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. TESIS dengan judul : **INTERVENSI RESILIENSI MELALUI *PLAY THERAPY* UNTUK MENURUNKAN GEJALA *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)** Adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN** dan **GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN**, serta diproses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Februari 2019,  
Yang menyatakan,



**YASMIN NURAINI**

# SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **YASMIN NURAINI**  
NIM : **201610500211003**  
Program Studi : **Magister Psikologi Profesi**

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. TESIS dengan judul : **INTERVENSI RESILIENSI MELALUI *PLAY THERAPY* UNTUK MENURUNKAN GEJALA *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)** Adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN** dan **GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN**, serta diproses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 17 Februari 2019  
Yang menyatakan,

**YASMIN NURAINI**

## **Kata Pengantar**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya lah tesis ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Nabi pembawa rahmat bagi seluruh umat manusia hingga akhir zaman. Rasa syukur dan terima kasih yang begitu besar penulis panjatkan berkaitan dengan diselesaikan tesis ini. Oleh sebab itu, penulis tak lupa menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Fauzan M.Pd., selaku rektor dari Universitas Muhammadiyah Malang.
2. Bapak Akhsanul In'am, Ph.D., selaku direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang
3. Ibu Dr. Iswinarti, M.Si., Psikolog., selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Psikologi, dan Ibu Susanti P, M.Psi., Psikolog., selaku Sekretaris Program Studi Pascasarjana Psikologi.
4. Bapak Dr. Tulus Winarsunu, M.Si., selaku pembimbing I, terima kasih atas bimbingan dan motivasi yang diberikan selama ini.
5. Ibu Dr.Djudiyah, M.Si., selaku pembimbing II, terima kasih atas bimbingan dan dukungan yang diberikan selama ini.
6. Kepada masyarakat Kabupaten Jereweh Nusa Tenggara Barat, terimakasih atas bantuannya dan keramahan yang diberikan kepada penulis
7. Abah, Mama dan anggota keluarga besar enam saudara penulis yang rasanya tidak akan pernah cukup jika dituliskan dalam kata pengantar. Terimakasih banyak atas dukungan kalian selama ini.
8. Rafiqul Azmi, terimakasih telah menemani penulis dan memberikan dukungan secara moral serta moril.
9. Seluruh partisipan penelitian dan pihak lain yang bertanggung jawab dan membantu hingga tesis ini selesai.
10. Seluruh staf pengajar Magister Psikologi Profesi Universitas Muhammadiyah Malang dan seluruh staf administrasi di lingkungan program pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang atas layanan dan fasilitas yang diberikan.
11. Seluruh keluarga besar Magister Psikologi Profesi angkatan 2016 yang telah menemani, memberikan bantuan dan motivasi.

Penulis menyadari bahwa karya ini masih memiliki kekurangan, sehingga kritik dan saran demi perbaikan karya tesis ini sangat penulis harapkan. Meski demikian, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan pembaca pada umumnya. Aamiin

Malang, 17 Januari 2019

Yasmin Nuraini

201610500211003

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
DAFTAR TABEL .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK .....	1
ABSTRACT .....	2
LATAR BELAKANG .....	3
KAJIAN PUSTAKA	
<i>Posttraumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	6
Resiliensi .....	8
Play Therapy.....	10
Resiliensi dengan PTSD .....	11
METODE PENELITIAN	
Desain Penelitian .....	13
Partisipan Penelitian .....	13
Variabel dan Instrument Penelitian .....	14
Prosedur Penelitian .....	15
Analisis Data .....	16
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
Deskripsi Data Penelitian .....	16
Manipulation Check .....	17
Hasil analisis .....	17
PEMBAHASAN .....	19
SIMPULAN IMPLIKASI .....	22
DAFTAR PUSTAKA.....	23

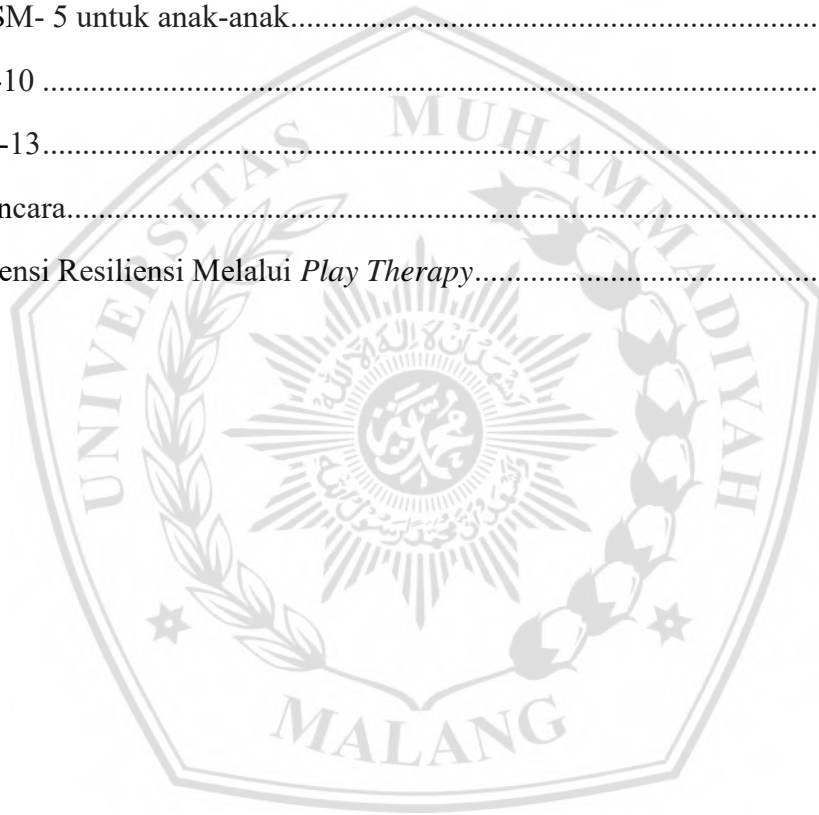
## DAFTAR TABEL

Table 1. Data Pre Test Penelitian .....	14
Table 2. Uji Mann Whitney.....	17
Tabel 3. Perbedaan Mean Gejala <i>Posttraumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	18



## DAFTAR LAMPIRAN

Deskripsi Partisipan Penelitian.....	2
Pelaksanaan Kegiatan Asesmen .....	2
Pelaksanaan Kegiatan Intervensi .....	4
Data Hasil Turun Lapang .....	8
Analisa Data .....	10
<i>Screening</i> DSM- 5 untuk anak-anak.....	16
Skala CDRS-10 .....	19
Skala CRIES-13.....	21
Guide Wawancara.....	22
Modul Intervensi Resiliensi Melalui <i>Play Therapy</i> .....	23





**Intervensi Resiliensi Melalui *Play Therapy* untuk Menurunkan  
Gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)**

Yasmin Nuraini  
201610500211003  
yasminnuraini271f@gmail.com  
Magister Psikologi Profesi  
Universitas Muhammadiyah Malang

**Abstrak**

*Post traumatic stress disorder* (PTSD) adalah gangguan yang dapat terjadi pada siapa saja tidak terkecuali pada anak-anak. PTSD merupakan reaksi stress setelah terjadinya peristiwa traumatis seperti bencana alam gempa bumi, tanah longsor dll. Resiliensi merupakan ketahanan individu saat berada dalam situasi penuh tekanan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian intervensi resiliensi melalui *play therapy* untuk menurunkan PTSD. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan desain *non randomized pretest-posttest control group design*. Subjek penelitian adalah siswa SD yang berjumlah 20 orang dan berusia 12-13 tahun yang memiliki gejala PTSD pasca gempa di NTB. Instrument yang digunakan adalah *Connor-Davidson Resilience Scale 10* (CD-RISC 10) dan *the children's revised impact of event scale* (CRIES-13). Analisis data menggunakan analisis non parametrik yaitu uji Wilcoxon dan uji Mann Whitney. Hasil analisis menemukan adanya penurunan PTSD yang signifikan ( $Z = -3.82$ ,  $p = 0.000$ ). Dapat disimpulkan bahwa meningkatkan resiliensi melalui *play therapy* merupakan pendekatan yang efektif untuk menangani PTSD.

**Kata Kunci :** resiliensi, *posttraumatic stress disorder*, *play therapy*

# **Intervention of Resilience With Play Therapy to Reduce Symptoms Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)**

Yasmin Nuraini  
201610500211003  
[yasminnuraini271f@gmail.com](mailto:yasminnuraini271f@gmail.com)

Master of Psychology  
University of Muhammadiyah Malang

## **Abstract**

Post traumatic stress disorder (PTSD) is a disorder that can occur to anyone, including children. PTSD is a stress reaction after a traumatic event such as an earthquake, landslide etc. Resilience is an individual's resilience when in a stressful situation. The purpose of this study was to determine the effect of giving resilience intervention through play therapy to reduce PTSD. This study was an experimental study with a non-randomized pretest-posttest control group design. The research subjects were elementary school students totaling 20 people and aged 12-13 years who had symptoms of PTSD after the earthquake in NTB. The instrument used is Connor-Davidson Resilience Scale 10 (CD-RISC 10) and the children's revised impact of event scale (CRIES-13). Data analysis using non-parametric analysis, namely Wilcoxon test and Mann Whitney test. The analysis found a significant decrease in PTSD ( $Z = -3.82$ ,  $p = 0.000$ ). It can be concluded that increasing resilience through play therapy is an effective approach to treat PTSD.

**Keywords:** resilience, posttraumatic stress disorder, play therapy

## LATAR BELAKANG

Sebagian orang pernah mengalami peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti stress akut yang mengarah pada perkembangan stres pascatrauma. Menurut Ahmed (2007) 84% dari populasi umum akan mengalami setidaknya satu peristiwa yang berpotensi traumatis. Sejumlah peristiwa traumatis telah terbukti dapat menyebabkan gejala *post traumatic stress disorder* (PTSD). *Post traumatic stress disorder* (PTSD) merupakan respon secara psikologis setelah terjadinya peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fisik dan melampaui batas kemampuan untuk bertahan, mengatasi atau menghindari dari peristiwa tersebut. Respon dari PTSD secara umum berupa kecemasan hebat dan mendadak yang dapat mengganggu fungsi hidup seseorang (Nevid, 2005).

PTSD mempengaruhi 7,8% dari populasi umum dan paparan traumatis adalah faktor risiko utama untuk pengembangan PTSD (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, et al, 1995). Ada bukti yang muncul yang menunjukkan bahwa di antara gangguan kecemasan, PTSD adalah salah satu yang paling kuat terkait dengan perilaku bunuh diri (Sareen, Houlahan, Cox, & Asmundson, 2005). Data dari beberapa penelitian *cross-sectional* dan longitudinal menemukan bahwa orang dengan PTSD juga berjuang dengan masalah interpersonal, kesulitan pengasuhan, masalah ekonomi, memiliki beberapa penyakit mental dan kesehatan fisik. Selain itu, paparan trauma dan PTSD dikaitkan dengan berbagai kelainan metabolik, termasuk hiperlipidemia dan diabetes (Kinzie, Riley, McFarland, Hayes, Boehnlein, et al., 2008). Sebagai kesimpulan, PTSD dikaitkan dengan morbiditas psikiatrik dan fungsional yang substansial dan secara signifikan dapat meningkatkan risiko penyakit medis, metabolisme sindrom, dan diabetes (Wrenn, 2011).

PTSD merupakan gangguan yang sangat komorbid dengan gangguan mental lainnya. Selain dari paparan trauma, yang membedakan PTSD dari gangguan lain adalah gejala kilas balik (misalnya, mimpi buruk dan kilas balik). Banyak gejala PTSD lainnya, seperti hyperarousal, penghindaran, tumpang tindih dengan gangguan mental lainnya, seperti gangguan panik, dan depresi. Pada umumnya gangguan PTSD sering menjadi gangguan yang tumpang tindih tidak hanya pada orang dewasa namun juga anak-anak. Tidak jarang PTSD yang terjadi pada anak-anak juga dikaitkan dengan gejala ADHD dan gangguan kelekatan (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, prevalensi populasi PTSD dapat terjadi pada seseorang yang mengalami cedera fisik, (Donnel, Bryant, Creamer., et al, 2008) pertempuran, penjaga perdamaian, bencana alam (Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004) dan pemerkosaan (Stein, Seedat, Iversen, & Wessely, 2007). Gejala PTSD juga dapat terjadi pada seseorang yang kehilangan orang yang dicintai secara tiba-tiba, kecelakaan serius (misalnya kecelakaan mobil), serangan fisik atau seksual, kekerasan dalam rumah tangga, perang, atau kekerasan politik (American Psychological Association, 2015).

Berdasarkan penelitian Morris dan Rao (2013) penyebab PTSD tidak diketahui secara pasti, tetapi faktor psikologis, genetik, fisik, dan sosial mampu menjadi factor pengembangan PTSD. Studi-studi psikologis secara konsisten mengidentifikasi persepsi dukungan sosial baik sebelum dan sesudah peristiwa traumatis sebagai faktor penting dalam menentukan kerentanan terhadap pengembangan PTSD (Charuvastra & Cloire, 2009). Studi tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wagner, Monson dan Hart (2016) dimana salah satu faktor terpenting yang memprediksi adanya gangguan stres pasca trauma (PTSD) setelah paparan trauma adalah dukungan social. Variabel temperamental seperti perilaku eksternalisasi, atau masalah kecemasan lainnya juga dapat meningkatkan risiko PTSD (Ostrowski, & Delahanty, 2014). Faktor risiko lingkungan lainnya termasuk disfungsi keluarga, kesulitan masa kecil, variabel budaya, riwayat keluarga penyakit kejiwaan juga ditemukan mampu mengembangkan PTSD (Cornelisse et al., 2014).

Adapun faktor-faktor lain yang mampu mengurangi PTSD, factor tersebut adalah ketahanan (resiliensi) yang dapat membantu mengurangi risiko gangguan. Beberapa faktor ketahanan ini hadir sebelum trauma dan yang lainnya menjadi penting selama dan setelah peristiwa traumatis. Ketahanan atau resiliensi adalah bidang minat yang berkembang di bidang trauma (Harvey, 2007) namun secara teoritis, pertumbuhan pasca trauma dan ketahanan sering disebutkan tidak konsisten didalam berbagai literatur (Tedeschi, Calhoun,& Cann, 2007). Namun demikian, berbagai penelitian terbaru saat ini menunjukkan bahwa peningkatan resiliensi memiliki hubungan dengan penurunan PTSD (Horn, & Feder, 2018)

Resiliensi secara luas didefinisikan sebagai kemampuan dinamis untuk berhasil beradaptasi dalam menghadapi kesulitan, trauma, atau ancaman (Southwick, Bonanno,

Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014) Menurut (Keye & Pidgeon, 2013) resiliensi disebut sebagai kemampuan untuk "mempertahankan stabilitas psikologis dalam menghadapi stres". Resiliensi mengacu pada kapasitas sistem dinamis untuk bertahan atau pulih dari gangguan. Selain itu resiliensi secara umum mengarah pada pola adaptasi positif selama atau sesudah menghadapi kesulitan atau resiko (Masten, 2007).

Pada umumnya penanganan PTSD banyak menggunakan CBT, EMDR, farmakoterapi dan terapi psikososial (Davidson, 2014). Para ilmuwan, psikiatri dan psikolog berusaha menemukan pendekatan baru untuk menangani PTSD pada orang dewasa dan anak-anak. Temuan-temuan tersebut menghasilkan pendekatan baru yaitu dengan meningkatkan resiliensi, mencegah atau mengurangi munculnya gejala PTSD setelah paparan trauma dan mengurangi keparahan gejala PTSD pada pasien dengan PTSD kronis (Horn, Charney, & Feder, 2016). Horn dan Feder (2018) mengulas secara keseluruhan bahwa penelitian resiliensi yang luas yang mencakup tingkat genomik, psikososial, dan neurobiologis.

Terdapat beberapa penelitian mengenai PTSD dengan veteran perang, tetapi penelitian berkaitan PTSD dan terapi bermain masih sangat minimal (Kaduson, 2011). Penelitian menunjukkan bahwa terapi bermain memberikan modalitas pengobatan yang sesuai perkembangan untuk anak-anak yang mengalami trauma (Gil, 2006). Permainan anak-anak terbukti memiliki peran dalam melepaskan stres dan PTSD (Ray, 2003). Mulligan (2012) mengatakan bahwa bermain itu penting untuk sosial, emosional, kognitif, dan kesejahteraan fisik. Studi intervensi menunjukkan bahwa bermain dapat mengurangi kecemasan pada anak-anak muda (Baggerly & Jenkins, 2009; Shen, 2002; Wettig, Coleman, & Geider, 2011).

Dapat disimpulkan bahwa terapi bermain dapat digunakan untuk anak-anak yang mengalami trauma atau PTSD setelah bencana alam. Berdasarkan kumpulan hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa resiliensi memiliki pengaruh pada PTSD. Intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi merupakan intervensi yang tepat dalam menangani PTSD. Subjek dalam penelitian ini adalah anak-anak dan pendekatan intervensi anak-anak dan orang dewasa sangatlah berbeda. Data empiris menunjukkan pendekatan terbaik untuk intervensi pada anak-anak yaitu terapi bermain (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005 ; Murphy, 2014).

Berdasarkan uraian latar belakang, penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah pemberian intervensi resiliensi melalui *play therapy* dapat menurunkan *post traumatic stress disorder* (PTSD). Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk bidang profesi magister psikologi maupun non-psikologi sebagai upaya alternative untuk penanganan PTSD.

## **KAJIAN PUSTAKA**

### ***Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)***

Gangguan stress pasca trauma (*posttraumatic stress disorder/PTSD*) adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis. PTSD berbeda dengan gangguan stress akut (*acute stress disorder/ASD*), stress akut merupakan gejala pertama atau reaksi maladaptif yang terjadi dibulan pertama sesudah pengalaman traumatis (Nevid, Rathus & Greene, 2005). Seseorang yang tidak mampu menghadapi masa traumanya kemungkinan mengembangkan gangguan stress pasca trauma. PTSD dapat berlangsung kepada seseorang selama bertahun-tahun dan menyebabkan gangguan psikologis lainnya.

Gejala khas PTSD adalah kenangan yang mengganggu mengenai kejadian traumatis, menghindari ingatan akan kejadian trauma, perubahan negatif dalam kognisi, mood, dan peningkatan gairah (American Psychiatric Association, 2013). Pada penelitian dahulu, sedikit yang diketahui tentang seperti apa PTSD pada anak-anak dan remaja. Penelitian terbaru telah mengidentifikasi bahwa anak-anak dan remaja rentan terhadap pengembangan PTSD, dan kita tahu bahwa PTSD memiliki fitur usia yang berbeda (Raccanello, Burro, & Hall, 2017). Sebagai contoh pada anak-anak prasekolah menunjukkan perilaku antisosial dan lebih agresif dibandingkan dengan anak yang lebih tua (Giannopoulou, Strouthos, Smith, Dikaiakou, & Yule, 2006).

Anak-anak sangat rentan terhadap trauma, dan bermanifestasi dalam berbagai manifestasi psikologi serta perilaku yang kompleks. Selain itu, symptom PTSD yang dialami oleh anak-anak berbeda dengan orang dewasa. Hal tersebut seringkali menyebabkan reaksi psikologis pada anak-anak tidak teridentifikasi (Davidson, 2014). Salah satu factor yang dapat menyebabkan trauma dan PTSD pada anak-anak adalah bencana alam. Setelah bencana alam (gempa bumi, angin topan, banjir, tsunami, dll), gejala PTSD lebih umum terjadi daripada sindrom PTSD (Kar, 2009 ). Dalam sebuah

studi setelah gempa bumi di Turki, Eksi et al. (2007) menemukan 60% dari 160 anak yang selamat menderita PTSD, 6-20 minggu setelah bencana.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian terbaru bahwa anak-anak telah teridentifikasi rentan secara psikologis setelah terjadinya bencana (Dodgen, Donato, Dutta, Kelly, & La Greca et al, 2016; Norris et al., 2002). Dalam sebuah penelitian ditemukan bahwa depresi pada anak-anak komorbid terhadap PTSD (Ekşi, Braun, et al, 2007) . Masalah sekunder lainnya yang ditemukan pasca bencana alam adalah gangguan kecemasan, kecemasan perpisahan, menghindari sekolah, masalah psikosomatis dan enuresis. Akhirnya, ketakutan terkait gempa bumi dan fobia, yang menyebabkan penurunan signifikan dalam kehidupan sehari-hari meluas pada anak-anak (Hsu, Chong, Yang, & Yen, 2002 ; Kolaitis, Kotsopoulos, Tsiantis, et al, 2003). Dalam dua studi yang dilakukan (Abalı, et al, 2002 ; Azarian A, Skriptchenko-Gregorian, Miller, Kraus, 1994), lebih dari 80% anak-anak melaporkan takut memasuki dan tinggal di gedung, sendirian, kegelapan, suara keras dan gempa susulan.

Berikut ini adalah gejala PTSD yang paling umum terjadi pada anak-anak berdasarkan American Psychiatric Association (2013) ; gangguan tidur, depresi, merasa gelisah atau "waspada", menjadi mudah kaget, kehilangan minat pada hal-hal yang biasa mereka nikmati, kesulitan dalam merasakan kasih sayang, rapuh, lebih agresif dari sebelumnya, menghindari tempat atau situasi tertentu yang mengembalikan ingatan, flashback atau gambar yang mengganggu (flashback bisa datang dalam bentuk gambar, suara, bau, atau perasaan; seseorang biasanya percaya bahwa peristiwa traumatis terjadi lagi), kehilangan kontak dengan realitas, masalah di sekolah; kesulitan berkonsentrasi, khawatir tentang mati pada usia dini, perilaku-perilaku regresif; bertindak lebih muda dari usia mereka (seperti mengisap jempol atau mengompol) dan Gejala fisik (seperti sakit kepala atau sakit perut). Setiap anak dapat mengalami tanda atau gejala PTSD yang berbeda.

### **Resiliensi**

Secara harfiah resiliensi memiliki arti daya lentur, daya pegas atau daya kenyal sedangkan dalam psikologis resiliensi adalah ketahanan yang dimiliki individu. Menurut (Keye & Pidgeon, 2013). Penelitian resiliensi pada awalnya mengkonseptualisasikan resiliensi sebagai konstruk sifat kepribadian. Teoretisi kemudian mulai belajar bahwa resiliensi tidak hanya sifat pribadi tetapi juga memiliki pengaruh yang lebih luas.

Resiliensi kemudian dipandang sebagai faktor pelindung yang menjadi ciri mayoritas manusia untuk berkembang dengan baik (Luthar et al, 2000).

Saat ini, penelitian resiliensi berfokus pada budaya dan konteks yang mempengaruhi perkembangan yang sehat, dengan pemahaman bahwa resiliensi tidak dapat dipisahkan dari konteks di mana ia terjadi. Menurut Connor dan Davidson (2003) resiliensi adalah suatu karakteristik multidimensional dan bervariasi terhadap konteks seperti waktu, usia, jenis kelamin, budaya asal, serta karakteristik dalam diri.

Connor dan Davidson (2003) mengembangkan skala resiliensi yang multidimensional yang bernama CD-RISC, dimana skala tersebut terkait dengan lima hal, yaitu: (1) Kompetensi personal, standar yang tinggi dan ketangguhan, hal ini menunjukkan bahwa individu merasa mampu mencapai tujuannya dalam situasi kegagalan. (2) Kepercayaan terhadap diri sendiri, individu yang percaya diri memiliki toleransi terhadap efek negatif, dan tangguh menghadapi stres, hal ini berkaitan dengan coping terhadap stress, berpikir dengan hati-hati dan fokus meskipun dalam masalah. (3) Menerima perubahan secara positif, menjalin hubungan yang aman serta nyaman dengan orang lain, dan mampu beradaptasi dengan perubahan (4) pengendalian diri, dalam pencapaian tujuan dan bagaimana meminta bantuan pada orang lain (5) Pengaruh spiritual, ialah keyakinan individu akan Tuhan.

Penggunaan instrumen laporan diri seperti CD-RISC memiliki potensi untuk membantu klinisi dalam pemahaman PTSD yang lebih baik, serta mengidentifikasi pasien dengan ketahanan rendah. Skala ketahanan CD-RISC terdiri dari beberapa langkah berbeda. Mereka termasuk konstruksi yang menguji optimisme, rasa kontrol dan ketekunan meskipun ada hambatan, humor, kemampuan untuk mengatasi kegagalan, stres, dan harga diri. Banyak dari komponen ketahanan ini mungkin melindungi dalam menghadapi trauma.

Setiap orang dilahirkan dengan kapasitas bawaan untuk bertahan. Resiliensi tidak hanya ada pada orang dewasa namun juga resiliensi ditemukan ada pada anak-anak. Pada masa ini banyak ditemui anak-anak yang menjadi korban dari kekerasan, bencana alam atau peperangan (Masten, 2014). Hasil penelitian Huneman (2011) menunjukkan bahwa resiliensi adalah faktor penting bagi klinisi untuk dipertimbangkan ketika mengevaluasi klien yang mengalami krisis atau trauma. Oleh sebab itu mempromosikan resiliensi pada anak-anak dan remaja merupakan tugas besar untuk bidang psikologis dan psikiatri,



terutama ketika anak-anak mengalami trauma (Luthar 2006; Masten 2001, 2007). Mempromosikan resiliensi sejak dini dapat memungkinkan hasil jangka panjang yang lebih baik dan meningkatkan peluang anak-anak untuk mampu beradaptasi secara positif di masa depan (Newman, 2004).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah kemampuan dinamis yang ada pada manusia untuk beradaptasi dan berhasil dalam menghadapi kesulitan, trauma, atau ancaman. Resiliensi merupakan ketangguhan individu untuk bertahan dan berkembang saat menghadapi tekanan.

### ***Play Therapy***

Selama lebih dari 60 tahun, terapi bermain telah menjadi perawatan anak yang terdepan dan populer dalam praktik klinis. Salah satu alasannya adalah terapi bermain terbukti menjadi pendekatan yang sangat berguna bagi anak-anak. Anak-anak belum mengembangkan kemampuan penalaran abstrak dan kemampuan verbal yang diperlukan untuk mengartikulasikan perasaan, pikiran, dan perilaku secara memadai. Bagi anak-anak, mainan adalah kata-kata mereka, dan bermain adalah percakapan mereka (Hall, Kaduson & Schaefer, 2002). Bermain adalah aktivitas pusat tunggal anak-anak, terjadi setiap saat dan di semua tempat (Green, 2014).

Landreth (2012) menyatakan bahwa mainan adalah kata-kata anak-anak, dan bermain adalah bahasa mereka. Secara perkembangan bermain merupakan metode yang sesuai bagi anak-anak untuk menunjukkan dunia mereka melalui penggunaan mainan dan teknik seni ekspresif (Green & Drewes, 2013). Terapi bermain berbeda dari teknik terapi pada umumnya. Terapi bermain menghargai kognisi dan perilaku anak-anak dan tanpa penilaian sepihak oleh terapis. Oleh sebab itu intervensi dengan pendekatan bermain adalah intervensi yang menguntungkan bagi anak-anak secara psikologis (Green & Myrick, 2014).

Banyak fenomena yang dapat diamati selama bermain yang tidak dapat dimunculkan secara lisan. Secara kolektif, dua studi meta-analitik mengungkapkan bahwa intervensi bermain memiliki efek positif sedang hingga sebesar ( $ES = 0,66-0,80$ ). Intervensi bermain efektif untuk anak-anak di seluruh modalitas pengobatan (kelompok, individu) dan kelompok usia (3 sampai 16 tahun). Ulasan ini memberikan bukti untuk

kegunaan klinis dan keberhasilan intervensi bermain dengan anak-anak dan keluarga (Reddy & Schaefer 2016)

Terdapat dua pendekatan dalam penerapan terapi bermain, dua pendekatan tersebut adalah non-directive dan directive play therapy. Terapi bermain non- directive sangat dipengaruhi oleh teori Carl Roger (1942) *client centered therapy*, bermain merupakan pengganti asosiasi bebas lisan dalam upaya mereka untuk menerapkan teknik analitik pada anak-anak. Dalam terapi permainan yang berpusat pada anak atau tidak diarahkan, anak-anak memilih sejumlah besar mainan di ruang bermain. Anak memilih apa yang harus dimainkan dan cara bermain karena terapis percaya bahwa anak memiliki kemampuan bawaan untuk menyembuhkan dirinya sendiri (Axline, 1989; Landreth, 2012).

Dalam intervensi yang lebih diarahkan (*directive play therapy*), seperti Gestalt, *solution focus*, atau intervensi kognitif-perilaku (Knell, 1993), terapis dapat membatasi atau memilih mainan atau tema permainan yang akan digunakan untuk keuntungan terapeutik atau mungkin keuntungan terapis. Penelitian terapi bermain secara luas mendukung penggunaan intervensi psikologis non-direktif untuk membantu anak-anak membangun ketahanan (Bratton et al., 2005). Tetapi tidak semua anak, pengaturan terapi, atau kebutuhan klinis dapat diatasi melalui terapi bermain yang berpusat pada anak sehingga dibutuhkan pilihan yang tepat dan sesuai dengan kondisi anak (O'Connor & Braverman, 1997; LaBauve et al., 2001; Schaefer & Cangelosi, 1993).

Dalam penelitian ini terapis lebih banyak menggunakan pendekatan *non – directive, child centered play therapy* (CCPT) yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi pada anak-anak korban bencana alam. Pendekatan CCPT diambil berdasarkan hasil dari berbagai penelitian yang menyatakan bahwa pendekatan CCPT dapat mengurangi trauma pada anak-anak dan memberikan hasil positif untuk intervensi (Tyndall- Lind, Landreth, & Giordano, 2001; Shen, 2002; Dugan, Snow, & Crowe, 2010; Schottelkorb, Doumas, & Garcia, 2012). Selain itu pendekatan CCPT dengan permainan bebas seperti *art therapy*, drama, *storytelling* dan menari juga terbukti dapat meningkatkan resiliensi pada anak-anak yang mengalami trauma (Crenshaw, Brooks, & Goldstein, 2015).

## **Resiliensi dengan Gejala *Posttraumatic Stress Disorder***

Masten (2011, 2012) mendefinisikan resiliensi sebagai system kapasitas yang dinamis untuk bertahan atau pulih dari tantangan signifikan yang mengancam stabilitas, kelayakan, atau pengembangan. Resiliensi berkembang untuk membentuk fondasi yang kuat bagi anak-anak atau remaja yang mengalami masa kecil yang berat atau kritis. Masa-masa kritis tersebut menjadi fondasi yang kuat di masa dewasa karena individu berubah dan tumbuh sepanjang hidup. Oleh sebab itu, resiliensi tidak hanya dipandang sebagai bentuk ketahanan individu dalam menghadapi tekanan atau masa kritis namun juga sebuah proses perkembangan dan proses perlindungan bagi individu. Secara garis besar resiliensi bukanlah hasil, tetapi sebuah proses.

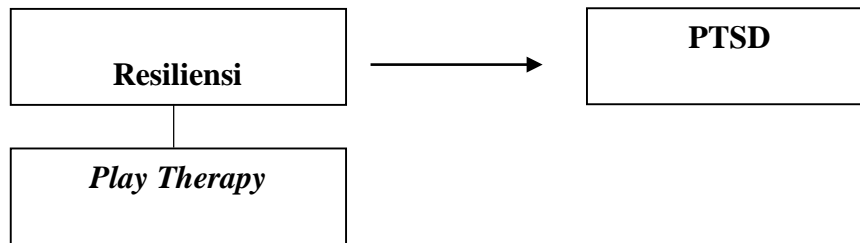
*Post-traumatic stress disorder* (PTSD) adalah kondisi yang melemahkan yang mengikuti suatu peristiwa yang dirasa menakutkan, baik secara fisik atau emosional, menyebabkan orang yang mengalami peristiwa itu memiliki pikiran dan kenangan yang kuat, menakutkan, atau kilas balik dari peristiwa itu. Beberapa orang dengan PTSD memiliki efek jangka panjang dan sering merasa mati rasa secara emosional. Sejumlah peristiwa traumatis telah terbukti menyebabkan PTSD pada anak-anak dan remaja. Anak-anak dan remaja dapat didiagnosis dengan PTSD setelah mereka mengalami peristiwa besar yang dapat mengancam jiwa mereka.

Di antara ribuan orang yang terkena dampak gempa bumi dahsyat yang terjadi di Pulau Lombok di Nusa Tenggara Barat, banyak anak-anak berjuang untuk memahami apa yang terjadi pada mereka dan keluarga mereka. Beberapa juga berurusan dengan kehilangan anggota keluarga atau teman. Seperti yang dikatakan Masten & Narayan (2012), “penelitian tentang intervensi sebelum dan sesudah bencana untuk mempromosikan resiliensi pada anak-anak atau remaja dan keluarga dalam situasi trauma massal adalah prioritas utama”.

Resiliensi merupakan kunci utama bagi anak-anak untuk mengatasi situasi yang merugikan. Resiliensi adalah kualitas yang memungkinkan individu untuk bertahan dalam menghadapi tantangan dan untuk pulih setelah situasi sulit. Resiliensi memperkuat anak, memungkinkan dia untuk mencoba pengalaman baru, menerima tantangan dan mengatasi situasi frustrasi dan kegagalan. Resiliensi mendukung anak dalam situasi sulit dan mendukung pencapaian mimpi dan aspirasi pribadi. Oleh karena itu, intervensi dengan tujuan mengembangkan resiliensi adalah perhatian universal dari semua orang

dewasa yang merawat anak-anak (Folostina, Tudorache, Michel, Erzsebet, Agheana, & Hocaoglu, 2015).

### Kerangka Berpikir



Bagan 1. Kerangka Berpikir

### Hipotesis Penelitian

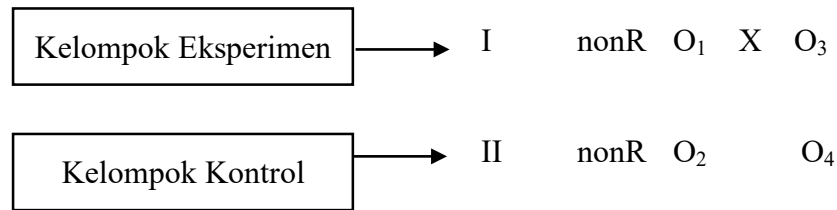
Peneliti mengajukan hipotesis adanya pengaruh intervensi resiliensi melalui *play therapy* terhadap penurunan gejala *posttraumatic stress disorder* (PTSD) pada anak-anak korban bencana alam gempa bumi.

### METODE PENELITIAN

#### Desain penelitian

Penelitian yang telah dilakukan merupakan penelitian eksperimen yang bertujuan untuk mengetahui sebab akibat manipulasi yang dilakukan terhadap perilaku individu yang sedang diamati (latipun, 2002). Desain eksperimen yang digunakan adalah *non-randomized control group pretest-posttest design*. Desain ini juga dikenal dengan metode penelitian kuasi eksperimen dimana pengambilan sampel tidak dilakukan secara acak (Latipun, 2015).

Dalam rancangan *non-randomized control group pretest-posttest design*, terdapat dua kelompok yaitu kelompok eksperimen yang diberikan perlakuan dan kelompok control yang tidak diberikan perlakuan apapun. Dengan desain *pretest-posttest control group* kedua kelompok diberikan pretest dan posttest dengan alat ukur yang sama. Pengukuran dilakukan secara kuantitatif dengan menggunakan dua instrument. Desain penelitian ini dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar I. Desain Penelitian

**Keterangan:**

- I : Kelompok eksperimen yang diberikan manipulasi
- II : Kelompok kontrol yang tidak diberikan manipulasi
- O<sub>1</sub> : Pengukuran resiliensi dan PTSD (*Pretest*)
- O<sub>3</sub> : Pengukuran PTSD (*Posttest*)
- O<sub>2</sub> : Pengukuran resiliensi dan PTSD (*Pretest*)
- O<sub>4</sub> : Pengukuran PTSD (*Posttest*)
- X : Manipulasi melalui *play therapy*
- nonR : Non Randomisasi

**Partisipan Penelitian**

Partisipan dalam penelitian adalah anak-anak yang memasuki usia remaja awal yang mengalami *posttraumatic stress disorder* (PTSD) pasca bencana alam gempa bumi di Nusa Tenggara Barat. Partisipan penelitian berusia 12-13 tahun, partisipan kemudian dibagi menjadi dua kelompok yang terdiri dari kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Kelompok eksperimen diberikan perlakuan intervensi resiliensi melalui *play therapy*, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun. Total jumlah keseluruhan partisipan adalah 20 orang dengan masing-masing anggota kelompok 10 orang. Kelompok eksperimen dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan yaitu persetujuan dari partisipan untuk ikut serta intervensi dari awal hingga akhir sesi, persetujuan dari orang tua dan tidak sedang mengikuti treatment psikologi apapun yang serupa.

## Variabel Dan Instrument Penelitian

Variabel penelitian ini adalah resiliensi dan *post traumatic disorder* (PTSD). Definisi operasional dari resiliensi adalah kemampuan seseorang untuk bertahan atau bangkit kembali setelah mengalami peristiwa yang dapat mengancam stabilitas kehidupan. Skala yang digunakan untuk mengukur resiliensi adalah Connor-Davidson Resilience Scale 10 (CD-RISC 10) yang telah dikembangkan oleh Connor dan Davidson (2003).

CD-RISC tersedia dalam banyak bahasa, termasuk Bahasa Indonesia dan cocok untuk anak-anak dari usia 6 tahun ke atas. Sesungguhnya, kuesioner ini memiliki dua versi; (1) skala CD-RISC 25, dan (2) skala CD-RISC 10. Namun, beberapa studi resiliensi di Indonesia menggunakan skala CD-RISC 10 untuk populasi yang terkena bencana alam (Im dan Kim, 2012). Oleh karena itu, skala CD-RISC 10 digunakan untuk menilai resiliensi pada anak-anak yang terkena gempa bumi. Kuesioner ini terdiri dari 10 item.

Menurut pedoman manual kuesioner, total skor CD-RISC adalah 40. Reliabilitas skala CD-RISC 10 yaitu cronbach 0,87 (Connor & Davidson, 2003). Skor akhir pada kuesioner adalah jumlah dari tanggapan yang diperoleh pada setiap item (kisaran 0-40) dan skor tertinggi menunjukkan tingkat ketahanan tertinggi. Contoh aitem Connor – Davidson 10: “ Saya menganggap diri saya adalah orang yang kuat “.

Variable kedua adalah PTSD, definisi operasional dari *post traumatic disorder* (PTSD) adalah gangguan psikologis yang dapat meliputi kecemasan, masalah psikosomatis dan fobia yang menyebabkan penurunan signifikan dalam kehidupan sehari-hari. PTSD umumnya terjadi kepada seseorang yang telah mengalami peristiwa besar atau berat yang mengancam keselamatan jiwa atau fisiknya dan melampaui batas kemampuan untuk bertahan.

Skala yang digunakan untuk mengukur PTSD adalah *the children's revised impact of event scale* (CRIES-13). Skala ini dirancang untuk mengukur tingkat *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada anak-anak yang dikembangkan oleh Children & War Foundation (2005). Item diberi skor pada skala non-linear sebagai berikut: 0 (tidak sama sekali), 1 (jarang), 3 (kadang-kadang) dan 5 (sering). Skor berkisar 0 hingga 65 untuk CRIES-13. Skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih banyak gejala PTSD. Validitas untuk CRIES-8 dan CRIES-13 juga terbukti memuaskan (Perrin, Meiser-

Stedman & Smith, 2005). Contoh aitem CRIES-13 : “ Apakah akhir-akhir ini adik mudah marah?”.

### **Prosedur Penelitian**

Lokasi penelitian berada di kecamatan Jereweh kabupaten Sumbawa Barat provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) tanggal 16 September 2018 satu bulan setelah bencana alam gempa bumi melanda kota NTB. Berikut prosedur penelitian yang telah dilakukan:

1. Tahap persiapan, peneliti melakukan pilot studi dengan alat ukur yang sesuai dengan *variable* terkait. Pilot studi dilakukan untuk menyesuaikan alat ukur dengan pemahaman dan budaya partisipan. Peneliti kemudian menyebarkan skala CD-RISC 10 dan CRIES -13 di SDN 1 dan SDN 2 kabupaten Jereweh. Selanjutnya, peneliti menyiapkan alat yang dibutuhkan dalam proses terapi bermain,
2. Jumlah keseluruhan subjek dalam penelitian adalah 20 orang dan peneliti membagi dua kelompok yang terdiri dari kelompok control dan kelompok eksperimen. Masing-masing anggota kelompok berjumlah 10 orang. Manipulasi diberikan pada kelompok eksperimen sedangkan kelompok control tidak berikan perlakuan apapun.
3. Peneliti melakukan *group matching*, dimana sebelum eksperimen dilakukan peneliti melihat kesesuaian antara nilai pretest kelompok eksperimen dan kelompok control agar tercapainya keseimbangan. Tujuan dari *group matching* adalah untuk menyetarakan kondisi awal antara kelompok agar kedua kelompok dalam kondisi yang sama sebelum diberikan intervensi.
4. Peneliti meminta persetujuan dari partisipan untuk mengikuti proses terapi dari awal hingga akhir sesi. Setelah mendapatkan persetujuan partisipan, peneliti kemudian meminta izin kepada orang tua/wali partisipan.
5. Tahap pelaksanaan, peneliti memberikan manipulasi resiliensi pada kelompok eksperimen melalui *play therapy* yang diberikan sebanyak 13 sesi selama jangka waktu kurang lebih satu bulan.
6. Pada sesi pertama pelaksanaan intervensi, terapis melakukan proses *building raport* dengan partisipan kelompok eksperimen. Sesi selanjutnya terapis memberikan perlakuan berupa *play therapy* yang terdiri dari permainan *art*

*therapy, bibliotherapy, bermain tebak-tebak dan role playing, permainan ini adalah saya dan balon, story telling, uno stacko, bermain bis, permainan buaya bahaya, menari, hands off clay dan switch*

7. Setelah dilakukannya manipulasi pada akhir sesi, peneliti melakukan pengukuran posttest skala PTSD pada masing-masing kelompok.
8. Tahap pasca pelaksanaan, menganalisa hasil data penelitian dan membuat laporan hasil penelitian eksperimen.

### Analisis Data

Hasil dari data yang sudah didapatkan dianalisis menggunakan SPSS untuk melihat peningkatan dan perbedaan dari eksperimen yang telah dilakukan. Analisis dilakukan dengan membandingkan hasil kondisi awal sebelum dan sesudah intervensi untuk melihat kondisi resiliensi dan PTSD pada partisipan. Analisis statistic yang digunakan adalah statistic non-parametrik uji Wilcoxon dan uji Mann-Whitney U dikarenakan sample yang digunakan kecil (Seniati, 2005). Uji Wilcoxon bertujuan untuk melihat perbedaan hasil pre dan posttest, sedangkan uji Mann-Whitney U bertujuan untuk melihat hasil perbedaan dari masing-masing kelompok.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Deskripsi Data Penelitian

Analisis non parametrik yang digunakan pada penelitian ini adalah uji Mann Whitney dan uji Wilcoxon. Uji Mann Whitney bertujuan untuk melihat perbedaan PTSD dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Uji Wilcoxon digunakan bertujuan untuk melihat perbedaan variabel pretest dan posttest pada masing-masing kelompok. Berikut penyajian hasil data penelitian :

Table 1. Data Pre Test Penelitian

Variabel		Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
		Mean	SD	Mean	SD
Pretest	Resiliensi	3,2	0.42	3,5	0,52
	PTSD	6,2	0,63	6,2	0,54

Keterangan : N = 20



Table 1 menunjukkan adanya perbedaan skor rata – rata pretest dan posttest setiap variable pada masing-masing kelompok. Pada kelompok eksperimen memiliki skor pretest skala resiliensi ( $M=3,2$ ,  $SD\ 0,42$ ). Adapun nilai skor PTSD pada kelompok eksperimen adalah ( $M= 6,2$ ,  $SD = 0,63$ ). Hasil pretest tersebut menunjukkan kondisi kelompok eksperimen sebelum diberikan perlakuan intervensi resiliensi melalui *play therapy*. Sedangkan pada kelompok control menunjukkan skor pretest skala resiliensi ( $M = 3,5$ ,  $SD = 0,52$ ) dan skor PTSD ( $M= 6,3$ ,  $SD= 0,48$ ). Hasil pretest tersebut menunjukkan kondisi kelompok eksperimen sebelum diberikan perlakuan intervensi resiliensi melalui *play therapy*. Dapat diketahui bahwa skor pada masing-masing anggota kelompok tidak berbeda jauh dimana terdapat kondisi yang sama antara kelompok dalam tingkat resiliensi dan PTSD mereka.

### Manipulation Check

Analisis selanjutnya adalah *manipulation check*, menurut Hoewe (2017) pemeriksaan manipulasi adalah tes yang digunakan untuk menentukan efektivitas manipulasi dalam desain eksperimental. Peneliti menggabungkan pemeriksaan manipulasi saat menggunakan eksperimen untuk memastikan peserta memahami seperti yang diharapkan pada bagian manipulasi yang terkandung dalam variabel independen. Dalam penelitian ini variabel independen yang dimanipulasi adalah resiliensi. Cek manipulasi dilakukan dengan menggunakan Uji Mann Whitney, yang bertujuan untuk melihat perbedaan dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 2. Uji Mann Whitney

RESILIENSI	
Jumlah subjek (N)	20
Uji mann whitney (U)	2.500
Nilai sig (P)	0,000

Table 2 menunjukkan nilai Mann whitney U sebesar 2.500 (  $> 0,05$ )  $Z = -3,853$ . Berdasarkan hasil tersebut dapat dilihat bahwa nilai  $P = 0,00$  yang berarti lebih kecil dari 0,05. Nilai tersebut menunjukkan adanya probabilitas yang signifikan. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan resiliensi yang signifikan antara kelompok eksperimen dan control. Berdasarkan kesimpulan tersebut diketahui bahwa manipulasi yang diberikan kepada kelompok eksperimen berhasil meningkatkan resiliensi.

## Hasil Analisis

Setelah dilakukannya uji Mann whitney U, peneliti menguji hasil skor PTSD pada masing-masing kelompok untuk menjawab hipotesis penelitian. Berikut adalah tabel perbedaan variabel PTSD:

Tabel 3. Perbedaan Mean Gejala *Posttraumatic Stress Disorder* antar Kelompok

Kelompok	Pre Test		Post Test		Z	P
	M	SD	M	SD		
Kelompok Eksperimen	6.2	0.63	1.76	0.73	-2.831	0.005
Kelompok Kontrol	6.2	0.54	3.28	0.45	-2.803	0.005

Keterangan:  $N = 20$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Berdasarkan table diatas hasil nilai skor pretes skala PTSD pada kelompok eksperimen terdapat ( $M = 6,2$ ,  $SD = 0,63$ ) dimana hasil lebih besar dibandingkan skor posttes pada skala PTSD ( $M = 3,2$ ,  $SD = 1,39$ ). Hal ini yang menunjukkan terdapat penurunan pada skor PTSD kelompok eksperimen setelah adanya peningkatan resiliensi pada subjek. Hasil analisis didapatkan bahwa nilai  $Z = -2,83$  dengan  $p < 0,05$ , dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat PTSD (pretest dan posttest) dan mean rank 5.5 yang terdapat pada negative ranks (posttest < pretest), yang menyatakan bahwa adanya penurunan tingkat PTSD pada hasil pretes dan posttes. Hasil analisis pada kelompok control, diketahui skor pretest skala PTSD ( $M = 6,2$ ,  $SD = 0,54$ ) serta hasil rata – rata skor posttest PTSD ( $M = 3.28$   $SD = 0.45$ ).

Dapat terlihat bahwa nilai mean antara kelompok eksperimen dan control berbeda jauh dimana mean kelompok eksperimen lebih kecil dibandingkan kelompok control. Namun demikian, hasil mean juga menunjukkan bahwa kelompok control mengalami penurunan PTSD walaupun tidak diberikan perlakuan. Hal tersebut dapat terjadi kepada kelompok control karena beberapa factor yaitu lamanya waktu penelitian, budaya dan nilai spiritualitas individu. Factor-faktor eksternal yang terdapat pada kelompok control merupakan factor yang tidak dapat peneliti control karena individu memiliki kemampuan untuk sembuh dengan sendirinya.

Setelah dilakukan analisis menggunakan Wilcoxon, selanjutnya analisis Mann Whitney digunakan untuk mengetahui perbedaan antara kelompok eksperimen dengan

kelompok kontrol. Berdasarkan hasil uji Mann Whitney yang dilakukan terhadap 20 partisipan penelitian yang terdiri dari 10 orang dari kelompok eksperimen dan 10 dari orang kelompok, diketahui terdapat perbedaan PTSD yang signifikan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ( $Z = -3.82$ ,  $p = 0.000$ ). Dengan demikian, kelompok eksperimen yang mendapatkan perlakuan intervensi resiliensi melalui terapi bermain memiliki penurunan skor PTSD yang signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan.

Berdasarkan analisis data yang dilakukan dengan uji Wilcoxon dapat diketahui adanya penurunan yang signifikan dari skor PTSD pada kelompok eksperimen yang diberi perlakuan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian sejalan dengan hipotesis penelitian yaitu intervensi resiliensi melalui terapi bermain mampu menurunkan PTSD pasca bencana alam.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan antara kelompok eksperimen dan control. Kelompok eksperimen yang diberikan perlakuan memiliki skor posttest resiliensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Selain itu, kelompok eksperimen menunjukkan penurunan skor *posttraumatic stress disorder* lebih banyak dibandingkan kelompok kontrol. Hasil uji analisis menunjukkan, terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa intervensi resiliensi melalui terapi bermain efektif untuk menurunkan *posttraumatic stress disorder* (PTSD).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Elliot (2017) pada anak-anak pengungsi Suriah. Dalam penelitiannya, Elliot menggunakan terapi bermain dan memberikan pemahaman yang komprehensif tentang bagaimana ketahanan diperkuat. Intervensi terapi bermain jangka pendek menunjukkan penurunan 15% pada kesulitan emosional dan perilaku, meningkatnya resiliensi sebanyak 15% dan penurunan 33% gejala stres pasca-trauma.

Dugan, Snow and Crowe (2010) dalam penelitiannya dengan dua anak laki-laki muda yang pernah mengalami Badai Katrina menjelaskan bahwa intervensi yang melibatkan resiliensi dan terapi bermain mampu mengurangi symptom-symptom trauma mereka. Menurut Sapienza & Masten (2011) intervensi resiliensi dirancang untuk memaksimalkan adaptasi dan pertumbuhan positif pada anak-anak atau remaja yang

terpapar trauma. Dengan meningkatkan resiliensi maka anak-anak yang tangguh memahami bahwa meskipun mereka tidak dapat mengendalikan segalanya, mereka masih memiliki kekuatan untuk mempengaruhi apa yang terjadi selanjutnya.

Kehidupan pasca bencana alam bukanlah hal yang mudah bagi orang dewasa dan juga anak-anak. Untuk membantu anak-anak dengan kehidupan baru mereka dan beradaptasi dengan cara yang lebih positif maka ketahanan mereka perlu diperkuat (Diab et al., 2015). Crenshaw, Brooks, & Goldstein (2015) dalam bukunya yang berjudul *play therapy intervention to enhance resilience* mengumpulkan beberapa jurnal mengenai penanganan klinis untuk anak-anak yang mengalami trauma. Pemilihan terapi bermain yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi terbukti dapat membantu anak-anak bangkit dari kesedihan dan mengurangi trauma yang mereka alami.

Pendekatan berbasis permainan menumbuhkan unsur-unsur pelindung dimana unsur tersebut berpengaruh pada ketahanan anak-anak. Contohnya pendekatan berbasis bermain dapat mendukung pengembangan hubungan yang baik dan peduli, dukungan antarpribadi, pertemanan, jaringan sosial teman sebaya, koneksi dengan orang dewasa 'kompeten', keamanan dan harmoni, tugas prestasi, pengalaman positif, peluang dan interaksi yang bermakna (Zhang, DeBlois, Deniger dan Kamanzi, 2008).

Bermain menawarkan kesempatan kepada anak-anak untuk membangun karakteristik yang terkait erat dengan tingkat ketahanan yang tinggi. Melalui permainan, anak-anak membangun identitas diri siapa mereka, apa yang mereka ketahui dan apa kegembiraan dan ketakutan mereka (Ebbeck & Waniganayake, 2016). Bermain juga memungkinkan anak-anak untuk menjembatani jurang antara pengalaman mereka dan pemahaman. Dengan demikian, terapi bermain menjadi sarana untuk wawasan, pembelajaran, pemecahan masalah dan coping (Bratton, Dee Ray, & Tammy Rhin, 2005).

Dapat disimpulkan, salah satu alasan mengapa pendekatan berbasis permainan sangat banyak dianjurkan adalah karena permainan mendukung semua domain utama perkembangan, termasuk kognisi (pemecahan masalah, pemahaman), pengembangan literasi, pemahaman sosial-emosional dan budaya, kesehatan fisik dan kesejahteraan. Adapun faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan intervensi dalam penelitian ini berkaitan dengan motivasi partisipan dan dukungan dari orang tua. Antusiasme partisipan dalam mengikuti intervensi menjadi salah satu keberhasilan intervensi. Dari awal sesi

intervensi hingga akhir, partisipan selalu bersikap kooperatif dan selalu hadir pada setiap sesi. Orang tua partisipan juga ikut membantu memperhatikan perubahan perilaku di rumah. Orang tua partisipan melaporkan adanya perubahan yang positif pada anak-anak mereka seperti menjadi lebih berani melakukan kegiatan di rumah sendirian dibandingkan sebelumnya.

Pada awal pertemuan peneliti melihat bagaimana anak-anak secara emosional tidak teratur, waspada, kadang-kadang agresif dan tidak dapat berkonsentrasi. Selama program terapi bermain, anak-anak mengalami hubungan terapeutik yang dapat dipercaya, menjadi teregulasi secara emosional, membangun persahabatan baru dan terlibat dalam permainan. Semua ini adalah faktor penting ketika memperkuat ketahanan pada anak-anak (Alvord & Grados, 2005, Fearn & Howard, 2012, Peltonen et al., 2014). Partisipan juga menunjukkan peningkatan kepercayaan diri, keyakinan diri, emosi positif dan menunjukkan penurunan kecemasan. Saat bermain permainan dengan teman, saudara kandung, dan orang tua mereka, anak-anak kecil belajar berbagai keterampilan sosial yang berkaitan dengan berbagi, bergiliran, dan memahami perspektif orang lain; dan juga mengembangkan hubungan sosial dan terlibat dalam pemecahan masalah, dan kerja tim (DeVries, 2006). Peningkatan resiliensi pada anak-anak terbukti mencerminkan kemampuan coping dan adaptasi yang efektif dalam menghadapi tekanan hidup (Masten, 2012). Dengan adanya peningkatan yang merupakan bagian dari resiliensi tersebut, anak-anak juga menunjukkan penurunan pada *posttraumatic stress disorder* mereka.

### **Simpulan dan Implikasi Hasil Penelitian**

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa intervensi resiliensi melalui *play therapy* dapat meningkatkan resiliensi. Dengan adanya peningkatan resiliensi yang terdapat pada anak-anak kelompok eksperimen, hal itu juga berpengaruh pada *posttraumatic stress disorder* yang mereka miliki. Hasil penelitian menunjukkan intervensi resiliensi melalui *play therapy* mampu menurunkan *posttraumatic stress disorder* pasca bencana alam. Ketika resiliensi mereka ditingkatkan maka *posttraumatic stress disorder* anak-anak juga berkurang secara signifikan. Dapat disimpulkan bahwa intervensi resiliensi melalui *play therapy* efektif untuk mengurangi *posttraumatic stress disorder*.

Dalam penelitian ini, penulis menyadari terdapat beberapa keterbatasan yaitu modul intervensi resiliensi yang belum diuji cobakannya terlebih dahulu sebelum turun lapang. Selain itu peneliti juga kurang memberikan materi mengenai tindakan preventif ketika bencana alam datang kembali. Materi tersebut dibutuhkan mengingat partisipan tinggal di daerah rawan bencana. Penulis menyarankan pada peneliti selanjutnya untuk mempertimbangkan kekuatan anak-anak dan potensi mereka untuk berkontribusi dalam kesiapsiagaan, tanggapan, atau kegiatan pemulihan pasca bencana. Adapun keterbatasan penulis lainnya adalah tidak mengikutsertakan seluruh orang tua dalam proses intervensi dan kurangnya pemahaman budaya pada lokasi pengambilan data. Bagi peneliti selanjutnya bisa mempertimbangkan untuk mengikutsertakan komunitas dan orang tua dalam proses intervensi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abali, O., Tüzün, Ü., Göktürk, Ü., An gürkan, K., Alyanak, B., & Görker, I. (2002). Acute psychological reactions of children and adolescents after the marmara earthquake: A brief preliminary report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 283-287.
- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder , resilience and vulnerability, 13(October 2005), 369–375. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003236>
- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 238–245. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Armour,
- American Psychological Association. (2015). Trauma.
- Baggerly, J., & Jenkins, W. W. (2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 45.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Children and War Foundation. (2005). Children's Revised Impact of Event Scale. CRIES-13.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Research Article DEVELOPMENT OF A NEW RESILIENCE SCALE :, 82(April), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Crenshaw, D. A., Brooks, R., & Goldstein, S. (Eds.). (2015). *Play therapy interventions to enhance resilience*. Guilford Publications.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.
- Davison, G.C & Neale J.M. (2014). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

- Diab, M. K., Kiani-Azarbayjany, E., & Weber, W. M. (2015). *U.S. Patent No. 8,948,834*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Dodgen, D., Donato, D., Kelly, N., La Greca, A., Morganstein, J., Reser, J., ... Ursano, R. (2016). Mental health and well-being. The impacts of climate change on human health in the united states: a scientific assessment. Retrieved from <https://health2016.globalchange.gov>
- Dugan, E. M., Snow, M. S., & Crowe, S. R. (2010). Working with children affected by Hurricane Katrina: Two case studies in play therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1), 52–55. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00523.x>
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child & Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.
- Ebbeck, M. and Waniganayake, M. (Eds.) (2016). *Play in early childhood education: Learning in diverse contexts*. South Melbourne: Oxford University Press.
- Ekşi, A., Braun, K. L., Ertem-Vehid, H., Peykerli, G., Saydam, R., Toparlak, D., & Alyanak, B. (2007). Risk factors for the development of PTSD and depression among child and adolescent victims following a 7.4 magnitude earthquake. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(3), 190–199. <https://doi.org/10.1080/13651500601017548>
- Elliot. (2017). To what extent can a series of play therapy sessions contribute to strengthening resilience in Syrian refugee children? (n.d.), (2012), 1–19.
- Fearn, M. & Howard, J. 2012. Play as a Resource for Children Facing Adversity: An Exploration of Indicative Case Studies. *Children & Society*, 26, 456-468.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using Play and Drama in Developing Resilience in Children at Risk. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.283>
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York: Guilford Press
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., & Yule, W. (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry*, 21(3), 160-166.
- Green, E. J., & Drewes, A. A. (Eds.). (2013). *Integrating expressive arts and play therapy with children and adolescents*. John Wiley & Sons.
- Green S. A., Caplan B. & Baker B. (2014) Maternal supportive and interfering control as predictors of adaptive and social development in children with and without developmental delays. *Journal of Intellectual Disability Research* 58, 691–703.



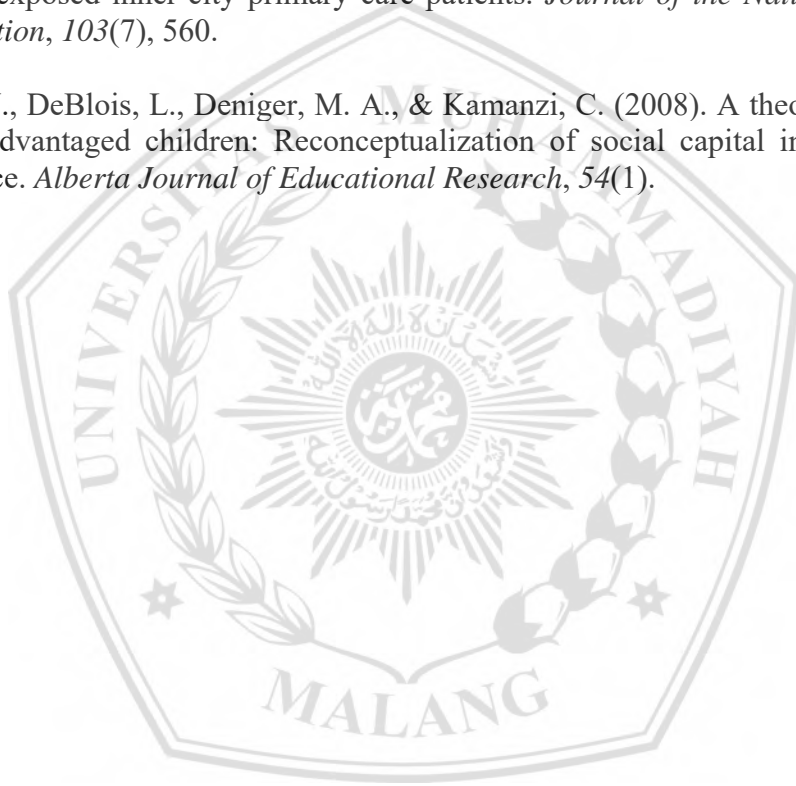
doi:10.1111/jir.12064.

- Green, E., & Myrick, A. (2014). *Play Therapy with Vulnerable Populations: No Child Forgotten*. Rowman & Littlefield.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 515.
- Harvey, M. R. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research, and practice. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(1-2), 9-32.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22.
- Horn, S. R., Charney, D. S., & Feder, A. (2016). AC SC. *Experimental Neurology*. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.07.002>
- Horn, S. R., & Feder, A. (2018). Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD, 26(3). <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000194>
- Hsu, C. C., Chong, M. Y., Yang, P., & Yen, C. F. (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7), 875-881.
- Huneman, P. (2011). Chapitre 3. Sélection. *Les Mondes Darwiniens. Vol. 1, 1*, 50–110. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>
- Kaduson, H. G. (2014). Play Therapy with Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Play Therapy: A Comprehensive Guide to Theory and Practice*, 415.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*, 5(1), 5–11. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0001-x>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Keye, M. D., & Pidgeon, A. M. (2013). Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*, 1(06), 1.
- Kinzie, J. D., Riley, C., McFarland, B., Hayes, M., Boehnlein, J., Leung, P., & Adams, G. (2008). High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(2), 108-112.

- Kolaitis, G., Kotsopoulos, J., Tsiantis, J., Haritaki, S., Rigizou, F., Zacharaki, L., . . . Katerelos, P. (2003). Posttraumatic stress reactions among children following the Athens earthquake of September 1999. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 273–280. doi:10.1007/s00787-003-0339-x
- Landreth G (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. (3rd ed.). New York: Brunner Rutledge
- Latipun. 2015. Psikologi Eksperimen. Malang: UMM Press
- Luthar S, Cicchetti D, Becker B (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3):543-562.
- Luthar SS. (2006). Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In *Developmental Psychopathology*, Vol. 3: Risk, Disorder, and Adaptation, ed. D Cicchetti, DJ Cohen, pp. 739–95. Hoboken, NJ: Wiley. 2nd ed.
- Malchiodi, C. A., Steele, W., & Kuban, C. (2008). Resilience and posttraumatic growth in traumatized children. *Creative interventions with traumatized children*, 285-301.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493–506.
- Masten, A.S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85, 6–20.
- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of Risk and Resilience. *Ssrn*. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>
- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., & Mulligan, D. A. (2012). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: Focus on children in poverty. *Pediatrics*, 129(1), e204-e213.
- Morris, M. C., & Rao, U. (2013). Psychobiology of PTSD in the acute aftermath of trauma: Integrating research on coping, HPA function and sympathetic nervous system activity. *Asian journal of psychiatry*, 6(1), 3-21.
- Murphy, C. F. (2014). Post-Disaster Group Art Therapy Treatment for Children, (May). Retrieved from <http://digitalcommons.lmu.edu/etd>

- Newman, T. (2004). *What works in building resilience?*. Barnardo's.
- Ostrowski, S. A., & Delahanty, D. L. (2014). Prospects for the pharmacological prevention of post-traumatic stress in vulnerable individuals. *CNS drugs*, 28(3), 195-203.
- O'donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M., & Carty, J. (2008). Mental health following traumatic injury: toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 387-406.
- O'Connor K, Braverman LM (1997). *Play therapy theory and practice: A comparative presentation*. New York: Wiley & Sons.
- Raccanello, D., Burro, R., & Hall, R. (2017). Children's emotional experience two years after an earthquake: An exploration of knowledge of earthquakes and associated emotions. *PLoS ONE*, 12(12), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189633>
- Reddy, L. A., & Schaefer, C. E. (2016). *Empirically based play interventions for children* (2nd ed.), (April 2014). <https://doi.org/10.1037/14730-000>
- Şalcioğlu, E., & Başoğlu, M. (2008). Psychological effects of earthquakes in children: Prospects for brief behavioral treatment. *World Journal of Pediatrics*, 4(3), 165–172. <https://doi.org/10.1007/s12519-008-0032-8>
- Sapienza, J.K., Masten, A.S., 2011. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Curr Opin Psychiatry*. 24, 267-273.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment, 59(9), 460–467.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57.
- Seniati, L., Yulianto, A., & Setiadi, B. N. (2005). Psikologi eksperimen. *Jakarta: PT Indeks*, 37-118.
- Shen, Y. J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 43.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25338.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56, 396–406.

- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53.
- Wagner, A. C., Monson, C. M., & Hart, T. L. (2016). Understanding Social Factors in the Context of Trauma : Implications for Measurement and Intervention Understanding
- Wettig, H. H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*. <https://doi.org/10.1037/a0022666>
- Wrenn, G. L., Wingo, A. P., Moore, R., Pelletier, M. T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2011). The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *Journal of the National Medical Association*, 103(7), 560.
- Zhang, X. Y., DeBlois, L., Deniger, M. A., & Kamanzi, C. (2008). A theory of success for disadvantaged children: Reconceptualization of social capital in the light of resilience. *Alberta Journal of Educational Research*, 54(1).



## LAMPIRAN



### Identitas Subjek Penelitian

No.	Kelompok eksperimen	Jenis kelamin	Usia	Kelompok kontrol	Jenis kelamin	Usia
1	D	Laki-laki	12 th	M	Perempuan	12 th
2	B	Laki-laki	12 th	B	Perempuan	12 th
3	H	Laki-laki	12 th	S	Perempuan	12 th
4	Y	Perempuan	12 th	A	Perempuan	12 th
5	S	Perempuan	12th	D	Laki-laki	13 th
6	W	Perempuan	12 th	E	Laki-laki	12 th
7	R	Laki-laki	12 th	A	Laki-laki	12 th
8	I	Perempuan	12 th	U	Perempuan	13 th
9	A	Laki-laki	12 th	Z	Laki-laki	12 th
10	A	Laki-laki	12 th	B	Laki-laki	12 th

#### a. Pelaksanaan Kegiatan Asesmen

Hari & Tanggal	Tempat	Kegiatan	Tujuan
Senin, 17 September 2018	Sekolah SDN 2 Jereweh	Wawancara dan izin turun lapang	Untuk mendapatkan informasi mengenai permasalahan yang terjadi. Peneliti meminta izin untuk turun lapang membagikan skala
	Rumah terapi	Wawancara dan pilot studi skala pada 10 orang anak-anak	Peneliti melakukan wawancara tidak terstruktur kepada anak-anak sebagai data tambahan. Peneliti memberikan skala resiliensi dan melakukan pilot studi.
	Rumah Warga	Wawancara identifikasi masalah	Untuk mendalami permasalahan yang dirasakan warga setelah terjadinya gempa bumi
Selasa, 18 September 2018	Sekolah SDN 1 Jereweh	Wawancara dan izin turun lapang	Untuk mendapatkan informasi mengenai permasalahan yang terjadi. Peneliti meminta izin untuk turun lapang membagikan skala
	Rumah terapi	pilot studi skala CRIES-13 pada 10 orang anak-anak	Peneliti melakukan pilot studi skala kedua dan menanyakan apa saja kekurangan dari skala apakah anak-anak sudah dapat memahami setiap isi dari item skala.
Rabu, 19 September 2018	Sekolah SDN 2 Jereweh	Pilot studi skala	Peneliti melihat kelayakan skala yang akan digunakan dan menyesuaikan dengan pemahaman,

			kondisi dan budaya subjek penelitian
Kamis, 20 September 2018	Sekolah SDN 1 Jereweh	Pilot studi skala	Peneliti melihat kelayakan skala yang akan digunakan dan menyesuaikan dengan pemahaman, kondisi dan budaya subjek penelitian
Jumat, 21 September 2018	Rumah terapi	Pretetst	Peneliti melakukan pengambilan data pretest untuk mencari subjek yang memenuhi kriteria
	Sekolah SDN 2 Jereweh	Pretest	Peneliti melakukan pengambilan data pretest untuk mencari subjek yang memenuhi kriteria



**b. Pelaksanaan Kegiatan Intervensi**

Hari & Tanggal	Sesi	Tempat	Kegiatan	Tujuan
Senin, 24 September 2018	1	Rumah terapi	<i>Building Raport</i> , Identifikasi Masalah dan Magic Wand Play	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis membangun hubungan yang setara dan membangun rasa percaya anak-anak kepada terapis</li> <li>• Terapis dan anak bekerja sama untuk membangun hubungan di mana kekuatan dan pengambilan keputusan dibagikan, kepercayaan terbentuk, dan aturan hubungan umum diciptakan</li> <li>• Terapis melakukan proses konseling, mengumpulkan informasi tentang anak dan bermain secara aktif bersama.</li> </ul>
Selasa, 25 September 2018	2	Rumah terapi	<i>art therapy</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melepaskan ketidaksadaran anak-anak yang berisi hal-hal seperti ketakutan-ketakutan dan tekanan</li> <li>• Membantu partisipan mengeluarkan emosi negatif mereka melalui art therapy</li> </ul>
Rabu, 26 September 2018	3	Rumah terapi	Bibliotherapy, Bermain Tebak-Tebak dan role playing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendorong anak-anak untuk memahami cerita yang mereka baca atau tonton di tingkat yang lebih dalam</li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendorong anak-anak untuk berkontribusi dalam permainan dan mendorong anak-anak untuk merasa bahwa mereka merupakan bagian dari dunia</li> </ul>
Kamis, 27 September 2018	4	Rumah terapi	Permainan Ini Adalah Saya dan Balon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membangun kekuatan anak-anak dari dalam</li> <li>• Membantu anak-anak merasa mereka memiliki koneksi dengan dunia</li> <li>• Membantu anak-anak untuk meluapkan emosi dan rasa takut mereka</li> </ul>
Jumat, 28 September 2018	5	Rumah terapi	<i>Story Telling</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberi perhatian khusus pada perspektif anak dalam upaya memahami bagaimana dia menafsirkan kejadian dan interaksi dalam hidupnya.</li> <li>• Partisipan mampu memiliki pemikiran yang lebih rasional dan coping yang adaptif</li> <li>• Partisipan memiliki kemampuan untuk menghadapi peristiwa trauma secara perlahan</li> </ul>
Sabtu, 29 September 2018	6	Rumah terapi	Bermain Uno Stacko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan self – control anak-anak. Kontrol diri adalah sebagai cara membangun ketahanan (resiliensi) pada masa kanak-kanak yang mengacu pada kemampuan anak untuk melakukan kontrol diri ketika segala sesuatu tidak berjalan seperti yang diinginkan anak (Ginsburg, 2011).</li> </ul>

Minggu, 30 September 2018	7	Lapangan bola	Bermain Bis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan pemahaman mengenai peristiwa yang telah terjadi dan menumbuhkan emosi positif pada partisipan</li> <li>• Mengembangkan kemampuan dalam memecahkan masalah</li> <li>• Meningkatkan resiliensi partisipan</li> </ul>
Sabtu, 6 Oktober 2018	8	Lapangan bola	Bermain Buaya Bahaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak-anak dapat membuang energi berlebihan mereka dan agresi dapat disublimasikan ke arah yang positif</li> <li>• Anak-anak dapat mengeluarkan stress mereka</li> <li>• Anak-anak belajar empati dan bagaimana menyelamatkan orang lain</li> </ul>
Minggu, 7 Oktober 2018	9	Rumah terapi	Menari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu anak-anak melepaskan emosi negatif mereka</li> <li>• Meningkatkan rasa percaya diri anak-anak</li> <li>• Meningkatkan kerja sama kelompok dan membangkitkan semangat anak-anak</li> </ul>
Senin, 8 Oktober 2018	10	Rumah terapi	Bermain Buaya Bahaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak-anak dapat membuang energi berlebihan mereka dan agresi dapat disublimasikan ke arah yang positif</li> <li>• Anak-anak dapat mengeluarkan stress mereka</li> <li>• Anak dapat mempraktekkan berbagai tingkah laku yang baru dan mengembangkan kemampuan empati dengan orang lain</li> </ul>

Selasa, 9 Oktober 2018	11	Rumah terapi	Hands Off Clay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak-anak berkompetensi untuk membangun ketahanan mereka</li> <li>• Membangun kemampuan anak-anak untuk mengambil keputusan</li> <li>• Membangun kemampuan untuk empati dengan orang lain</li> </ul>
Rabu, 10 Oktober 2018	12	Rumah terapi	Switch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Game ini membantu anak-anak belajar bagaimana menghadapi konflik</li> <li>• Mengembangkan ketahanan</li> </ul>
Kamis, 11 Oktober 2018	13	Rumah terapi	<i>Termination</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengakhiri sesi terapi</li> <li>• Partisipan mampu mengaplikasikan hasil terapi tidak hanya didalam ruangan bermain namun juga diluar ruangan seperti lingkungan mereka.</li> <li>• Memberikan posttest skala resiliensi dan PTSD</li> </ul>

## DATA HASIL TURUN LAPANG

### Deskripsi Data Hasil Pre-Test Dan Post- Test Resiliensi Kelompok Control

No.	Subjek	Skor Pre- Test	Keterangan	Skor Post - test	Keterangan
1	M	17	Sedang	16	Sedang
2	B	19	Sedang	18	Sedang
3	S	16	Sedang	18	Sedang
4	A	20	Sedang	20	Sedang
5	D	20	Sedang	20	Sedang
6	E	19	Sedang	16	Sedang
7	A	20	Sedang	18	Sedang
8	U	20	Sedang	22	Sedang
9	Z	16	Sedang	20	Sedang
10	B	20	Sedang	21	Sedang

### Deskripsi Data Hasil Pre-Test Dan Post- Test PTSD Kelompok Control

No.	Subjek	Skor Pre- Test	Keterangan	Skor Post - test	Keterangan
1	M	47	Tinggi	47	Tinggi
2	B	43	Tinggi	40	Tinggi
3	S	40	Tinggi	44	Tinggi
4	A	51	Tinggi	47	Tinggi
5	D	44	Tinggi	42	Tinggi
6	E	45	Tinggi	47	Tinggi
7	A	44	Tinggi	46	Tinggi
8	U	39	Tinggi	33	Tinggi
9	Z	45	Tinggi	47	Tinggi
10	B	40	Tinggi	40	Tinggi

Deskripsi Data Hasil Pre-Test Dan Post- Test Resiliensi Kelompok Eksperimen

No.	Subjek	Skor Pre- Test	Keterangan	Skor Post - test	Keterangan
1	D	19	Sedang	26	Tinggi
2	B	18	Sedang	27	Tinggi
3	H	20	Sedang	28	Tinggi
4	Y	17	Sedang	21	Sedang
5	S	15	Sedang	29	Tinggi
6	W	17	Sedang	27	Tinggi
7	R	19	Sedang	29	Tinggi
8	I	20	Sedang	28	Tinggi
9	A	19	Sedang	26	Tinggi
10	A	19	Sedang	25	Tinggi

Deskripsi Data Hasil Pre-Test Dan Post- Test PTSD Kelompok Eksperimen

No.	Subjek	Skor Pre- Test	Keterangan	Skor Post - test	Keterangan
1	D	41	Tinggi	30	Sedang
2	B	40	Tinggi	21	Rendah
3	H	38	Tinggi	6	Rendah
4	Y	43	Sedang	10	Rendah
5	S	51	Tinggi	31	Sedang
6	W	42	Tinggi	27	Sedang
7	R	47	Tinggi	27	Sedang
8	I	51	Tinggi	35	Tinggi
9	A	43	Tinggi	16	Rendah
10	A	44	Tinggi	30	Sedang

**Uji Wilcoxon Variabel Resiliensi  
Kel. Eksperimen**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretest	10	3.2000	.42164	3.00	4.00
posttest	10	4.9000	.31623	4.00	5.00

**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	5.50	55.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	10		

a. posttest < pretest

b. **posttest > pretest**

c. posttest = pretest

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	posttest – pretest
Z	<b>-2.919<sup>b</sup></b>
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>.004</b>

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

**Uji Wilcoxon Variabel Resiliensi  
Kel. Kontrol**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretest resilience	10	3.5000	.52705	3.00	4.00
posttest resilience	10	3.5000	.52705	3.00	4.00

**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	1.50	1.50
posttest resilience - pretest resilience Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	1.50	1.50
Ties	8 <sup>c</sup>		
Total	10		

a. posttest resilience < pretest resilience

b. posttest resilience > pretest resilience

c. posttest resilience = pretest resilience

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	posttest resilience - pretest resilience
Z	.000 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. The sum of negative ranks equals the  
sum of positive ranks.

**Uji Wilcoxon Variabel PTSD  
Kel. Eksperimen**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRETEST	10	6.2860	.62948	5.43	7.29
POSTEST	10	1.7640	.73999	.46	2.69

**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	10 <sup>a</sup>	5.50	55.00
Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	.00	.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	10		

a. POSTEST < PRETEST

b. POSTEST > PRETEST

c. POSTEST = PRETEST

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	POSTEST - PRETEST
Z	-2.805 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.



**Uji Wilcoxon Variabel PTSD  
Kel. Kontrol**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretes PTSD C	10	6.3000	.48305	6.00	7.00
posttest PTSD C	10	43.3000	4.62000	33.00	47.00

**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
posttest PTSD C - pretes PTSD C	10 <sup>b</sup>	5.50	55.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	10		

- a. posttest PTSD C < pretes PTSD C  
b. **posttest PTSD C > pretes PTSD C**  
c. posttest PTSD C = pretes PTSD C

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	posttest PTSD C - pretes PTSD C
Z	-2.809 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>.005</b>

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test  
b. Based on negative ranks.

**Uji Mann whitney Variabel PTSD (nilai posttest)  
Kelompok control dan eksperimen**

Ranks				
	Kelompok Kontrol dan Eksperimen	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest PTSD	Kelompok eksperimen	10	5.50	55.00
	kelompok control	10	15.50	155.00
	Total	20		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	posttest PTSD
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	55.000
Z	-3.826
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Kelompok Kontrol dan Eksperimen

b. Not corrected for ties.

**Uji Mann whitney Variabel Resiliensi (nilai posttest)  
Kelompok control dan eksperimen**

**Ranks**

	kelompok pretest dan posttes	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	kelompok eksperimen	10	15.25	152.50
posttest Resilien E	kelompok kontrol	10	5.75	57.50
	Total	20		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	posttest Resilien E
Mann-Whitney U	2.500
Wilcoxon W	57.500
Z	-3.853
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: kelompok pretest dan posttes

b. Not corrected for ties.

## Screening DSM 5 Untuk Anak-Anak

### DSM-5: PTSD Criterion A

1. Yang bersangkutan terpapar secara langsung atau mengalami peristiwa: kematian, terancam kematian secara langsung atau terancam cedera serius, atau kekerasan seksual yang sebenarnya atau mengancam, sebagai berikut:

Pertanyaan	Ya	Tidak
Paparan langsung		
Menyaksikan, secara langsung		

2. Secara tidak langsung, dengan mengetahui bahwa kerabat dekat atau teman dekat terkena trauma. Jika peristiwa itu melibatkan kematian yang sebenarnya atau terancam, itu pasti kekerasan atau tidak disengaja.

YA / TIDAK

---

---

3. Paparan tidak langsung yang berulang atau ekstrim terhadap detail-detail permusuhan dari peristiwa-peristiwa itu, biasanya dalam perjalanan tugas-tugas profesional (misalnya, para responden pertama, mengumpulkan bagian-bagian tubuh; para profesional berulang kali terkena perincian pelecehan anak). Ini tidak termasuk tidak langsung paparan non-profesional melalui media elektronik, televisi, film atau gambar.

YA/ TIDAK

---

---

### DSM-5: PTSD Criterion B

#### Intrusion (1/5 gejala diperlukan)

NO.	Kriteria	Ya	Tidak
1	Melakukan kegiatan yang berulang dan tidak sadar melakukannya dan mengganggu lingkungan sekitar. (Anak-anak dapat mengekspresikan gejala ini dalam bermain berulang)		
2	Mengalami mimpi buruk traumatis (Anak-anak mungkin memiliki mimpi yang mengganggu tanpa konten terkait dengan trauma)		
3	Reaksi disosiatif (misalnya kilas balik) yang mungkin terjadi pada suatu rangkaian dari episode-episode singkat untuk menyelesaikan hilangnya kesadaran * anak-anak dapat mengaktifkan kembali peristiwa dalam permainan		
4	Gangguan yang intens atau berkepanjangan setelah terpapar pada pemicu traumatis		
5	Menandai reaktivitas fisiologis setelah terpapar rangsangan terkait trauma		

### DSM-5: PTSD Criterion C

Penghindaran yang terus menerus dari rangsangan terkait trauma yang menyedihkan setelah kejadian (1/2gejala diperlukan):

No	Kriteria	Ya	Tidak
1	Terdapat pikiran atau perasaan terkait trauma		
2	Menghindar pemicu eksternal terkait trauma (misalnya orang, tempat, percakapan, aktivitas, objek atau situasi)		

### DSM-5: Kriteria PTSD D

Perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati yang mulai atau memburuk setelah peristiwa traumatis (2/7 gejala diperlukan)

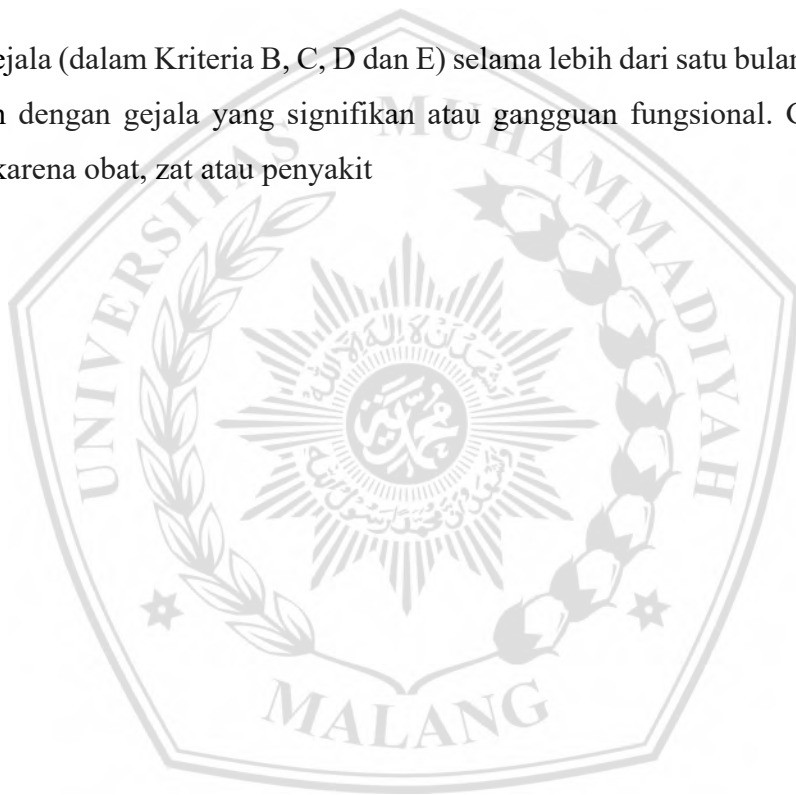
No	Kriteria	Ya	Tidak
1	Ketidakmampuan untuk mengingat fitur utama dari traumatis event (biasanya amnesia disosiatif; bukan karena cedera kepala, alkohol atau obat-obatan) (C3 di DSM-IV)		
2	Keyakinan dan harapan negatif yang persisten (& sering terdistorsi) tentang diri sendiri atau dunia (misalnya "Saya buruk," "dunia benar-benar berbahaya")		
3	Terdistorsi terus-menerus terhadap kesalahan diri sendiri atau orang lain karena menyebabkan peristiwa traumatis atau konsekuensi yang dihasilkan (baru)		
4	Emosi terkait trauma negatif yang terus-menerus (misalnya ketakutan, horor, kemarahan, rasa bersalah, atau rasa malu) (baru)		
5	Minat yang nyata berkurang dalam kegiatan (pra-traumatik) yang signifikan (C4 di DSM-IV)		
6	Merasa terasing dari orang lain (misalnya detasemen atau kerenggangan) (C5 dalam DSM-IV)		
7	Terbatas mempengaruhi: ketidakmampuan persisten untuk mengalami emosi positif (C6 dalam DSM-IV)		

#### DSM-5: Kriteria PTSD E

Perubahan terkait trauma dalam gairah dan reaktivitas yang mulai atau memburuk setelah peristiwa traumatis (2/6 gejala diperlukan)

No	Kriteria	Ya	Tidak
1	Perilaku iritatif atau agresif		
2	Perilaku merusak diri atau nekat		
3	Hypervigilance		
4	Respon kejut yang berlebihan		
5	Masalah dalam konsentrasi		
6	Gangguan tidur		

Ketetapan gejala (dalam Kriteria B, C, D dan E) selama lebih dari satu bulan. Gejala yang berhubungan dengan gejala yang signifikan atau gangguan fungsional. Gejala bukan disebabkan karena obat, zat atau penyakit



Silahkan isi pertanyaan dibawah berikut. Dalam pengisian pertanyaan ini tidak ada jawaban salah atau benar. Oleh sebab itu kejujuran dalam pengisian sangat dibutuhkan.

Nama :

Usia :

Tuliskan kejadian yang menurut Adik paling menyedihkan:

---

### PETUNJUK PENGISIAN SKALA

1. Tulislah Identitas Anda pada tempat yang telah disediakan.
2. Di dalam pertanyaan ini akan disajikan sejumlah pernyataan, bacalah setiap pernyataan dengan teliti. Tugas Anda adalah memilih salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan diri Anda saat ini. Jawaban diberikan dengan memberikan **tanda silang (X)** pada kolom yang telah disediakan di setiap butir butir pernyataan. Dan setiap butir pernyataan jangan sampai terlewat.

Contoh pengisian:

No	Pertanyaan	Tidak	Kadang-Kadang	Iya
1	Saya adalah anak yang selalu bahagia			<b>x</b>

Anda diharapkan menjawab semua pernyataan, **jangan sampai ada yang terlewatkan.** Atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

### Pertanyaan Pertama

No	Pertanyaan	Tidak	Kadang-Kadang	Iya
1	Saya memiliki kemampuan untuk beradaptasi dalam lingkungan baru			
2	Saya dapat mengatasi semua masalah yang terjadi dalam hidup			
3	Saya dapat melihat sisi lucu dari suatu masalah			
4	Menurut saya, menghadapi situasi yang berat dapat membuat saya kuat			
5	Saya cenderung mampu bangkit kembali setelah menghadapi kesulitan			
6	Saya berusaha mencapai tujuan meskipun menghadapi halangan			
7	Saya dapat tetap tenang walaupun berada dibawah tekanan (masalah)			
8	Saya adalah orang yang tidak mudah menyerah karena kegagalan			
9	Saya menganggap diri saya adalah orang yang kuat			
10	Saya dapat mengatasi perasaan yang tidak menyenangkan			



## Pertanyaan Kedua

No.	Pertanyaan	Tidak	Jarang	Kadang-kadang	Sering
1	Apakah Adik memikirkan peristiwa gempa bahkan ketika Adik tidak bermaksud memikirkannya?				
2	Apakah Adik mencoba untuk menghapus kejadian gempa dari pikiran adik?				
3	Apakah Adik memiliki kesulitan untuk memperhatikan atau berkonsentrasi?				
4	Apakah Adik memiliki perasaan yang kuat tentang peristiwa gempa?				
5	Apakah Adik mudah terkejut atau merasa lebih gugup daripada sebelum terjadinya gempa?				
6	Apakah Adik tinggal jauh dari peningat (misalnya tempat atau situasi)				
7	Apakah Adik mencoba untuk tidak membicarakan peristiwa gempa?				
8	Apakah gambaran tentang gempa muncul di hati Adik?				
9	Apakah hal-hal lain terus membuat Adik memikirkan peristiwa gempa?				
10	Apakah Adik mencoba untuk tidak memikirkannya?				
11	Apakah akhir-akhir ini Adik mudah marah?				
12	Apakah sekarang Adik menjadi lebih hati-hati?				
13	Apakah Adik memiliki masalah tidur?				

## GUIDE WAWANCARA

### Topik wawancara

1. Mengetahui riwayat perjalanan kasus
2. Penegakkan diagnosis

### Tujuan wawancara

Wawancara ini bertujuan untuk dinamika munculnya masalah psikologis yang dialami oleh subjek.

### Tempat

### Subjek wawancara

Nama :  
Usia :  
Jenis kelamin :

### Guideline wawancara kasus kecemasan

Permasalahan	Pertanyaan
Pembukaan	1. Salam 2. Perkenalan
Dinamika Masalah Psikologis	1. Bagaimana perasaan yang dirasakan saat ini? 2. Bagaimana pendapat adik mengenai gempa bumi? 3. Apa yang terjadi sebelumnya? 4. Apa yang anda rasakan ketika ketakutan itu muncul? 5. Kapan pertama kali rasa takut anda tersebut muncul? 6. Apa yang terjadi sebelumnya? 7. Apa yang anda lakukan setiap kali mendapatkan masalah yang serupa? 8. Upaya apa saja yang selama ini sudah anda lakukan di dalam mengatasi masalah tersebut? 9. Bagaimana sikap keluarga? 10. Apakah anda merasa terganggu dengan pikiran dan rasa takut anda ? 12. Apakah anda ingin berubah? 13. Apakah menurut anda perasaan yang saat ini anda rasakan wajar? 14. Pemikiran positif apa yang pernah anda munculkan saat anda mengalami ketakutan? 15. Terapis menggunakan checklist DSM-5 sebagai guide wawancara tambahan.
Penutup	1. Baik sudah selesai. Terimakasih atas waktunya. 2. Salam

# **MODUL INTERVENSI RESILIENSI**

## **INTERVENSI RESILIENSI MELALUI *PLAY THERAPY* UNTUK MENURUNKAN *POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)**



**OLEH :**

**Yasmin Nuraini**

**201610500211003**

**PROGRAM STUDI MAGISTER PSIKOLOGI PROFESI**

**DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

**2019**

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah hingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Modul Intervensi resiliensi melalui play thera untuk menurunkan post traumatic disorder (PTSD) pada anak-anak korban bencana alam gempa bumi NTB. Intervensi ini disusun dalam rangka penyusunan Tesis yang menjadi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi Profesi dari Program Pascasarjana Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang.

Modul ini mencoba untuk menjelaskan langkah-langkah intervensi yang dilakukan untuk menangani post traumatic disorder (PTSD) pada anak-anak korban bencana alam gempa bumi NTB. Seperti layaknya sebuah modul, maka pembahasan dimulai dengan menjelaskan tujuan yang ingin dicapai.

Penulis menyadari bahwa tentunya dalam penyusunan modul ini masih terdapat banyak kekurangan yang harus diperbaiki dan perlu dilengkapi. Karena itu, dengan rendah hati penulis mengharapkan masukan, koreksi dan saran untuk memperkuat kelemahan dan melengkapi kekurangan tersebut.

Dengan tersusunnya modul ini, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Yth Dr. Tulus Winarsunu, M.si selaku Pembimbing Pertama dan Yth Dr. Djudiyah, M.si selaku pembimbing tesis kedua yang berkenan memberi bimbingan, arahan dan masukan bagi tersusunnya buku yang layak untuk disajikan.

Malang, 13 September 2018

Yasmin Nuraini

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar belakang**

Ketika bencana melanda, anak-anak harus tahu apa yang harus dilakukan, bagaimana menemukan tempat yang aman dan cara berhubungan dengan orang tua mereka. Tetapi kenyataannya adalah, kebanyakan anak tidak memiliki keterampilan kesiapsiagaan dan dibiarkan dalam situasi berisiko ketika bencana alam terjadi. Dalam banyak contoh, anak-anak terpisah dari orang tua mereka. Ini yang paling memprihatinkan bagi anak-anak kecil. Usia anak-anak yang lebih kecil dan lebih muda lebih mungkin membuat mereka terjebak, terluka atau hilang selama evakuasi. Bahkan lebih memprihatinkan adalah ketika anak-anak tidak tahu informasi dasar mereka seperti nama belakang mereka, telepon orang tua mereka nomor atau bahkan nama depan orang tua mereka.

Setelah bencana alam kehidupan selamanya berubah seperti rutinitas mereka menjadi berubah. Banyak anak-anak berjuang dengan PTSD, kecemasan dan depresi mengikuti trauma karena mengungsi akibat bencana alam (Rosenfeld, Caye, Ayalon & Lahad, 2005). Memulai kehidupan baru tidaklah mudah, terutama ketika itu bukan karena pilihan sendiri. Anak-anak yang terkena dampak bencana; mereka memiliki kebutuhan unik yang tidak sedang dipersiapkan, ditangani atau ditindaklanjuti. Anak-anak merupakan makhluk yang masih berkembang dari segi tubuh dan pikiran mereka masih berkembang, oleh sebab itu anak-anak menjadi rentan terhadap efek jangka panjang dari bencana alam. Efek abadi tersebut bersifat dinamis dan semua meliputi; mulai dari trauma psikologis dan fisik hingga emosional dan kekhawatiran. Anak-anak menderita secara langsung dan tidak langsung, menghadapi bahaya fisik maupun emosional dan trauma psikologis (Bullock, Haddow, & Coppola, 2011). Selain lebih banyak rentan terhadap kerusakan fisik, anak-anak mengalami lebih banyak efek jangka panjang daripada yang diasumsikan banyak orang.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa untuk mampu bangkit kembali setelah peristiwa yang dapat mengancam jiwa atau peristiwa yang berat adalah dengan meningkatkan resiliensi individu. Penelitian resiliensi dalam ilmu perkembangan memiliki akar yang

dalam untuk teori dalam perkembangan anak, ilmu klinis, dan studi tentang perbedaan individu (Luthar, 2006; Masten, 2013). Resiliensi berkembang untuk membentuk fondasi yang kuat bagi anak-anak atau remaja yang mengalami masa kecil yang berat atau kritis. Masa-masa kritis tersebut menjadi fondasi yang kuat di masa dewasa karena individu berubah dan tumbuh sepanjang hidup. Oleh sebab itu, resiliensi tidak hanya dipandang sebagai bentuk ketahanan individu dalam menghadapi tekanan atau masa kritis namun juga sebuah proses perkembangan dan proses perlindungan bagi individu. Proses perlindungan yang berbeda lebih penting bagi pengalaman hidup dan fungsi psikologis pada waktu yang berbeda. Secara garis besar resiliensi bukanlah hasil, tetapi sebuah proses, meskipun “hasil yang lentur” dapat menjadi prestasi yang luar biasa mengingat keadaan seorang individu.

Terminologi resiliensi muncul dalam pengurangan risiko bencana untuk meningkatkan lebih banyak perhatian pada kemampuan manusia daripada konsentrasi pada kerentanannya. Tampaknya ketahanan anak mungkin merupakan pendekatan terbaik untuk mengurangi kerentanan. Meskipun ada banyak studi tentang ketahanan, ketahanan anak-anak dalam bencana tampaknya menjadi bidang yang unik untuk dipertimbangkan. Protokol peninjauan sistematis saat ini bertujuan untuk mensintesis bukti indikator resiliensi anak-anak dalam bencana alam untuk mengidentifikasi kapasitas mereka dan meningkatkan kemampuan mereka untuk melawannya. Adapun hasil temuan dari meta-analisis menunjukkan bahwa perawatan psikologis dapat secara signifikan mengurangi tingkat PTSD pada anak-anak dan remaja (Morina, Koerssen & Pollet, 2016). Terdapat beberapa terapi terbaru yang berfungsi untuk mengurangi gangguan stress pasca trauma pada anak-anak, salah satunya adalah play therapy. Play terapi terbukti efektif untuk menyembuhkan berbagai gejala gangguan yang terjadi pada anak-anak.

## **Tujuan**

Modul ini bertujuan untuk mengetahui apakah terapi bermain dapat meningkatkan resiliensi korban bencana gempa dan dapat dijadikan alternative untuk menurunkan PTSD pada anak.

## **BAB II**

### **RESILIENSI DAN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)**

#### **RESILIENSI**

Masten (2011, 2012) menyatakan bahwa resiliensi dapat didefinisikan sebagai kapasitas sistem dinamis untuk bertahan atau pulih dari tantangan yang mengancam stabilitas, kelayakan, atau pengembangan. Resiliensi adalah konsep dinamis yang dapat diterapkan ke banyak sistem di seluruh skala, termasuk sistem dalam seseorang (misalnya, sistem respons stres, sistem kekebalan tubuh, sistem kardiovaskular), seluruh orang sebagai sistem, sistem keluarga, komunitas atau sistem komunikasi, atau ekosistem. Resiliensi pada anak-anak adalah kapasitas mereka ketika terpapar pada faktor-faktor risiko yang dapat diidentifikasi untuk mengatasi risiko tersebut dan menghindari hasil negatif seperti kenakalan dan masalah perilaku, psikologis maladjustment, kesulitan akademik, dan komplikasi fisik (Hauser, Vieyra, Jacobson, & Wertreib, 1985).

Ketahanan harus dilihat sebagai satu set atribut yang diperoleh, secara bertahap terinternalisasi dan umum yang memungkinkan seseorang untuk beradaptasi dengan keadaan hidup yang sulit. Pemuda yang tangguh proaktif ketika menghadapi tantangan. Mereka beradaptasi dengan keadaan yang sulit dengan menggunakan sumber daya internal maupun eksternal. Anak-anak yang tangguh memahami bahwa meskipun mereka tidak dapat mengendalikan semuanya, mereka memiliki kekuatan untuk mempengaruhi apa yang terjadi selanjutnya.

#### **Gangguan Stres Pasca Trauma (PTSD)**

Gangguan stress pasca trauma (posttraumatic stress disorder/PTSD) adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis. PTSD berbeda dengan gangguan stress akut (acute stress disorder/ASD), stress akut merupakan gejala pertama atau reaksi maladaptif yang terjadi dibulan pertama sesudah pengalaman traumatis (Nevid, Rathus & amp; Greene, 2005). Seseorang yang tidak mampu menghadapi masa traumanya kemungkinan mengembangkan gangguan stress pasca trauma. PTSD dapat berlangsung kepada seseorang selama bertahun-tahun dan dapat mengganggu keberfungsian individu.

Gejala khas PTSD adalah kenangan yang mengganggu mengenai kejadian traumatis, menghindari ingatan akan kejadian trauma, perubahan negatif dalam kognisi, mood, dan peningkatan gairah (American Psychiatric Association, 2013). Berikut ini adalah gejala PTSD yang paling umum berdasarkan American Psychiatric Association (2013) ; gangguan tidur, depresi, merasa gelisah atau "waspada", menjadi mudah kaget, kehilangan minat pada hal-hal yang biasa mereka nikmati, kesulitan dalam merasakan kasih sayang, rapuh, lebih agresif dari sebelumnya, menghindari tempat atau situasi tertentu yang mengembalikan ingatan, flashback atau gambar yang mengganggu (flashback bisa datang dalam bentuk gambar, suara, bau, atau perasaan; seseorang biasanya percaya bahwa peristiwa traumatis terjadi lagi), kehilangan kontak dengan realitas, masalah di sekolah; kesulitan berkonsentrasi, khawatir tentang mati pada usia dini, perilaku-perilaku regresif; bertindak lebih muda dari usia mereka (seperti mengisap jempol atau mengompol) dan Gejala fisik (seperti sakit kepala atau sakit perut). Setiap anak dapat mengalami tanda atau gejala PTSD yang berbeda.

### **INTERVENSI PLAY THERAPY**

*Play therapy* adalah sebuah proses terapeutik yang menggunakan permainan sebagai media terapi agar mudah melihat ekspresi alami seorang anak yang tidak bisa diungkapkannya dalam bahasa verbal karena permainan merupakan pintu masuk kedalam dunia anak-anak (Hatiningsih, 2013). Saat ini, bermain merupakan media natural bagi anak untuk dapat bercerita dan membagi perasaannya. Dalam sesi terapi, anak yang memerlukan bantuan dalam mengatasi masalah emosi, perilaku, sosial dan kesehatan mentalnya akan dibebaskan untuk mengekspresikan dan menyalurkan emosinya dengan cara yang dia rasa baik dan tepat dengan menggunakan alat-alat permainan yang ada di ruangan dalam situasi yang aman dan nyaman. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi terapeutik berbasis bermain adalah terapi yang cocok untuk anak-anak dengan berbagai masalah psikologis yang muncul (Bratton et al., 2005). Bermain telah terbukti menjadi faktor pelindung bagi anak-anak dari dalam dirinya sendiri (Fromberg dan Bergen, 2006). Terapi bermain juga telah menjadi sarana intervensi untuk anak-anak yang mengalami stres, trauma, atau masalah masa kecil lainnya (Kaduson et al., 1997).



### BAB III

#### PROSEDUR INTERVENSI RESILIENSI MELALUI PLAY THERAPY

##### **Pendekatan**

Terdapat dua pendekatan dalam penerapan terapi bermain, dua pendekatan tersebut adalah non-directive dan directive play therapy. Terapi bermain non- directive sangat dipengaruhi oleh teori Carl Roger (1942) *client centered therapy*, bermain merupakan pengganti asosiasi bebas lisan dalam upaya mereka untuk menerapkan teknik analitik pada anak-anak. Dalam terapi permainan yang berpusat pada anak atau tidak diarahkan, anak-anak memilih sejumlah besar mainan di ruang bermain. Anak memilih apa yang harus dimainkan dan cara bermain karena terapis percaya bahwa anak memiliki kemampuan bawaan untuk menyembuhkan dirinya sendiri (Axline, 1989; Landreth, 2012).

Dalam intervensi yang lebih diarahkan (*directive play therapy*), seperti Gestalt, *solution focus*, atau intervensi kognitif-perilaku (Knell, 1993), terapis dapat membatasi atau memilih mainan atau tema permainan yang akan digunakan untuk keuntungan terapeutik atau mungkin keuntungan terapis. Penelitian terapi bermain secara luas mendukung penggunaan intervensi psikologis non-direktif untuk membantu anak-anak membangun ketahanan (Bratton et al., 2005). Tetapi tidak semua anak, pengaturan terapi, atau kebutuhan klinis dapat diatasi melalui terapi bermain yang berpusat pada anak sehingga dibutuhkan pilihan yang tepat dan sesuai dengan kondisi anak (O'Connor dan Braverman, 1997; LaBauve et al., 2001; Schaefer dan Cangelosi, 1993).

Dalam intervensi ini terapis lebih banyak menggunakan pendekatan *non – directive, child centered play therapy* (CCPT) yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi pada anak-anak korban bencana alam. Pendekatan CCPT diambil berdasarkan hasil dari berbagai penelitian yang menyatakan bahwa pendekatan CCPT dapat mengurangi trauma pada anak-anak dan memberikan hasil positif untuk intervensi (Tyndall- Lind, Landreth, dan Giordano, 2001; Shen, 2002; Dugan, Snow, dan Crowe, 2010; Schottelkorb, Doumas, dan Garcia, 2012). Selain itu pendekatan CCPT dengan permainan bebas seperti *art*

*therapy*, drama, *storytelling* dan menari juga terbukti dapat meningkatkan resiliensi pada anak-anak yang mengalami trauma (Crenshaw, Brooks, & Goldstein, 2015).

### **Tujuan Dan Sasaran**

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk menurunkan *posttraumatic stress disorder* pada anak-anak korban bencana alam gempa bumi di NTB. Sasaran intervensi ini adalah resiliensi pada anak-anak, pemberian *play therapy* dengan tujuan meningkatkan resiliensi diharapkan secara bersamaan dapat menurunkan PTSD.

### **Waktu Dan Durasi**

Pelaksanaan intervensi dilakukan dalam 13 sesi. Masing-masing sesi terapi memiliki durasi waktu 80-120 menit tergantung pada kecepatan proses dalam pelaksanaan kegiatan tiap sesinya.

### **Terapis Dan Klien**

Terapis yang diperkenankan melaksanakan intervensi ini adalah Sarjana Psikologi yang telah mendapatkan pelatihan dan juga Psikolog. Dalam desain ini terdapat dua kelompok yang dipilih secara non-random. Kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelum mengikuti intervensi melakukan pre test terlebih dahulu untuk mengetahui apakah hasil dari Pre Test (O1 dan O3) tersebut sama atau berbeda. Setelah itu baru kelompok eksperimen diberi suatu perlakuan khusus (Treatment) berupa intervensi resiliensi melalui *play therapy*. Untuk kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun, setelah dilakukannya intervensi maka terapis memberikan post test kepada masing-masing kelompok.

## Langkah-Langkah Pelaksanaan Intervensi

### Sesi 1 (*Building Raport*, Identifikasi Masalah dan Magic Wand Play)

Pada sesi ini dilakukan proses *building raport* dengan partisipan kelompok eksperimen, pengenalan, penggalian masalah secara mendalam mengenai apa yang partisipan rasakan setelah gempa bumi dan pembahasan kontrak.

Fase : Sesi 1  
Waktu : 80 menit  
Alat dan Bahan : Alat tulis dan Jurnal Harian  
Tujuan :

1. Terapis membangun hubungan yang setara dan membangun rasa percaya anak-anak kepada terapis
2. Terapis dan anak bekerja sama untuk membangun hubungan di mana kekuatan dan pengambilan keputusan dibagikan, kepercayaan terbentuk, dan aturan hubungan umum diciptakan
3. Terapis melakukan proses konseling, mengumpulkan informasi tentang anak dan bermain secara aktif bersama.

Langkah Kegiatan :

- a. Pembukaan
  - Terapis memperkenalkan diri dan menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan bersama
  - Terapis membuat kelompok bergiliran melempar bola, dan kapan saja seseorang menangkap bola mereka harus memperkenalkan nama mereka dan mengatakan sesuatu yang membuat mereka bahagia.
  - Terapis membuat kontrak bersama partisipan eksperimen
- b. Kegiatan Inti
  - Terapis melakukan wawancara kepada kelompok eksperimen, terapis melakukan konseling secara kelompok
  - Terapis memberikan partisipan buku tulis kecil untuk buku harian partisipan
  - Terapis mengajak memberi partisipan tongkat ajaib dan memberi tahu mereka bahwa mereka dapat membuat tiga permintaan. Paling tidak salah satu dari

keinginan itu kemungkinan berhubungan dengan masalah kehidupan nyata yang dimiliki partisipan.

c. Penutup

- Terapis membuat jadwal, waktu dan hari untuk intervensi, jadwal dibuat bersama sesuai dengan keinginan partisipan
- Terapis membuat janji dan mengatur jadwal untuk pertemuan selanjutnya
- Terapis mengucapkan memberikan snack kepada partisipan dan mengucapkan terimakasih.

**Sesi 2 (*art therapy*)**

*Art therapy* telah banyak digunakan dalam berbagai kasus medis baik pada anak maupun dewasa (Malchiodi, 2003). Tujuan *art therapy* bukan untuk menghasilkan bentuk- bentuk artistik, tetapi lebih menekankan kebebasan untuk berkomunikasi melalui bentuk-bentuk artistik. Modalitas *art therapy* antara lain yaitu: menggambar, melukis, menempel, serta membuat bentuk dengan menggunakan plastisin.

Fase : Sesi 2

Waktu : 120 menit

Alat dan Bahan : Alat tulis, buku gambar dan crayon

Tujuan :

1. Melalui *art therapy* seseorang dapat melepaskan ketidaksadarannya yang berisi hal-hal seperti ketakutan-ketakutan dan tekanan (Edwards, 2004)
2. Membantu partisipan mengeluarkan emosi negatif mereka melalui *art therapy*

Langkah Kegiatan :

a. Pembukaan

- Terapis memberikan pertanyaan pada setiap anak mengenai hobi, hal apa saja yang mereka lakukan diwaktu luang. Anak diajak aktif dan diarahkan untuk melakukan pembicaraan yang menyenangkan.
- Terapis menanyakan perkembangan buku harian partisipan
- Terapis memberikan buku gambar dan crayon
- Terapis mempersilahkan partisipan menggambar apa saja yang mereka sukai, terapis tidak memberikan waktu kepada partisipan.

b. Kegiatan inti

- Anak-anak menggunakan crayon untuk menggambarkan bentuk atau hal apapun yang ingin mereka gambar
- Anak-anak diberikan kebebasan untuk berkreasi
- Anak-anak diminta untuk mempresentasikan hasil gambar mereka
- Anak-anak diminta untuk menggambar lagi namun secara berkelompok
- Setelah selesai menggambar, kelompok diminta untuk menceritakan gambaran mereka

c. Penutup

- Terapis memberikan anak dorongan, semangat dan motivasi
- Terapis memberikan snack kepada masing-masing partisipan dan memberikan hadiah kepada kelompok dengan kerjasama terbaik

Uraian kegiatan :

- Setiap partisipan diberikan waktu bebas untuk menggambar dan mewarnai apa saja yang mereka ingin gambar. Setelah semua partisipan selesai menggambar, terapis memberikan kesempatan pada masing-masing partisipan untuk mempresentasikan apa yang mereka gambar.
- Terapis memberikan dorongan kepada partisipan untuk percaya diri, berani dan berkontribusi dalam kelompok bermain.
- Setelah semua partisipan selesai mempresentasikan hasil karya mereka, terapis bersama partisipan menempel hasil karya di dinding.
- Terapis kemudian membuat dua kelompok dimana partisipan diminta untuk menggambar di satu kertas dan semua anak menggambar apa saja di dalam kertas tersebut.
- Terapis juga hanya memberikan 2 kotak crayon dimana 10 anak diharuskan untuk berbagi dan menunggu giliran mereka jika ingin memakai. Anak-anak kemudian belajar untuk sabar dan melatih self control mereka. Adapun manfaat dari permainan tersebut membuat partisipan bekerjasama dan mengembangkan imajinasi mereka menjadi satu.

### **Sesi 3 (Bibliotherapy, Bermain Tebak-Tebak dan role playing)**

Ginsburg menggambarkan kontribusi yang berkaitan dengan ketahanan pada anak-anak sebagai kemampuan anak-anak untuk melihat nilai dan nilai mereka sendiri dalam pelayanan - untuk memahami bahwa dunia adalah tempat yang lebih baik ketika mereka berada di dalamnya dan ketika mereka mengambil tindakan untuk membuatnya tempat yang lebih baik (Ginsburg, 2011). Kontribusi dapat dilakukan dengan permainan seperti bibliotherapy dan bermain tebak-tebakan.

Fase : Sesi 3

Waktu : 120 menit

Alat dan Bahan : Alat tulis, buku cerita dan boneka

Tujuan :

1. Mendorong anak-anak untuk memahami cerita yang mereka baca atau tonton di tingkat yang lebih dalam
2. Mendorong anak-anak untuk berkontribusi dalam permainan dan mendorong anak-anak untuk merasa bahwa mereka merupakan bagian dari dunia

Langkah Kegiatan :

a. Pembukaan

- Terapis menanyakan kabar anak-anak dan perkembangan buku harian mereka
- Terapis menjelaskan kegiatan permainan pada sesi 3
- Terapis memulai sesi ketiga dengan permainan tebak-tebakan
- Terapis memulai permainan kedua yaitu membacakan cerita
- Terapis memulai permainan ketiga yaitu role playing melalui media boneka tangan

b. Kegiatan inti

- Partisipan ikut serta berkontribusi aktif dalam permainan

c. Penutup

- Terapis memberikan partisipan dorongan, semangat dan motivasi
- Terapis memberikan snack kepada masing-masing partisipan dan mengucapkan terimakasih

Uraian kegiatan :

- Terapis bersama anak-anak bermain tebak-tebak, secara bersama menebak nama binatang, buah dan benda yang partisipan praktekan.

- Terapis membacakan cerita atau buku yang melibatkan masalah yang mirip dengan masalah partisipan, dan yang memberikan solusi untuk masalah ini. Saat membaca cerita dengan partisipan, terapis mengajukan pertanyaan yang menghubungkan cerita tersebut dengan kehidupan partisipan, seperti, "pernahkah Anda merasakan hal ini?".
- Permainan tiga adalah *role playing*. Terapis meminta anak-anak untuk menuliskan cerita drama yang ingin mereka tampilkan. Setelah selesai menuliskan cerita singkat, anak-anak mengumpulkan cerita tersebut dan terapis akan memilih secara acak.
- Terapis meminta anak-anak tidak menuliskan nama mereka di kertas. Terapis kemudian memilih cerita dan mengembangkan cerita tersebut.
- Terapis kemudian memberikan cerita dan peran secara acak. Anak-anak diminta untuk bermain peran menggunakan boneka tangan

#### **Sesi 4 (Permainan Ini Adalah Saya dan Balon)**

Fase : Sesi 4

Waktu : 120 menit

Alat dan Bahan : Alat tulis, Balon dan kartu

Tujuan :

1. Membangun kekuatan anak-anak dari dalam
2. Membantu anak-anak merasa mereka memiliki koneksi dengan dunia
3. Membantu anak-anak untuk meluapkan emosi dan rasa takut mereka :

Langkah Kegiatan :

##### **a. Pembukaan**

- Terapis mengucapkan salam, menanyakan keadaan dan perkembangan partisipan
- Terapis menanyakan perkembangan buku harian partisipan
- Terapis menjelaskan kegiatan yang akan berlangsung pada sesi keempat
- Terapis mempraktekan cara bermain

##### **b. Kegiatan inti**

- Bermain bersama membangun kemampuan bagi anak-anak untuk merasa bahwa mereka termasuk dan merasa aman dalam lingkungan mereka (sekolah, rumah, tetangga mereka, dll.) dan dalam dunia yang lebih luas
  - Mengembangkan sumber evaluasi internal
- c. Penutup
- Terapis menanyakan makna dari permainan yang sudah dilakukan
  - Terapis memberikan partisipan dorongan, semangat dan motivasi
  - Terapis memberikan snack kepada masing-masing partisipan dan mengucapkan terimakasih

Uraian kegiatan :

- Terapis membagikan kertas kosong dimana partisipan diminta untuk menuliskan kelebihan atau hal yang mereka sukai dari setiap anak. Dalam hal ini anak-anak diminta untuk melihat sisi positif seseorang. Setelah anak-anak selesai menuliskan kelebihan dan hal yang mereka sukai, kertas tersebut kemudian diputar dan dibacakan acak.
- Terapis memberikan kertas dimana terdapat masalah-masalah yang harus dihadapi oleh mereka. Terapis meminta partisipan untuk menuliskan jalan keluar bagi masalah tersebut. Setelah anak-anak selesai menuliskannya, terapis kemudian membacakan setiap jawaban dan menjadikan bahan diskusi.
- Terapis kemudian bermain dengan permainan “ saya adalah “ , terapis menunjukkan anak-anak secara spontan dan bertanya acak “saya adalah anak yang ..”, “ saya takut gempa”. Anak-anak diminta untuk menjawab secara spontan.
- Terapis memberikan partisipan balon, meminta partisipan untuk meniup balon tersebut dan menuliskan apakah nama balon itu. Dalam hal ini terapis mengarahkan partisipan untuk menuliskan nama sesuatu yang tidak mereka sukai. Contohnya adalah makanan yang mereka benci, kejadian yang mereka benci, orang yang mereka tidak sukai dan sebagainya.
- Setelah anak-anak menuliskan nama-nama pada balon, anak-anak diminta untuk meletuskan balon tersebut. Dengan meletusnya balon itu diharapkan emosi-emosi negatif pada anak dan ketakutan yang mereka rasakan selama ini bisa teratasi



d. Penutup

- Terapis memberikan snack dan mengucapkan terimakasih

**Sesi 5 (*Story Telling*)**

Pada sesi ini terapis membacakan cerita kepada anak-anak, terapis memberikan cerita yang berhubungan dengan peristiwa bencana alam. Sesi ini merupakan sesi interaksi tanya jawab dan terapis kemudian mengeksplorasi ketahanan yang dimiliki anak-anak.

Fase : Sesi 5

Waktu : 80 menit

Alat dan Bahan : Alat tulis

Tujuan :

1. Terapis memberi perhatian khusus pada perspektif anak dalam upaya memahami bagaimana dia menafsirkan kejadian dan interaksi dalam hidupnya.
2. Partisipan mampu memiliki pemikiran yang lebih rasional dan coping yang adaptif
3. Partisipan memiliki kemampuan untuk menghadapi peristiwa trauma secara perlahan

Kegiatan :

- a. Terapis membentuk huruf U dan memberikan cerita mengenai Sinta, seorang anak yang ketakutan saat tsunami datang. Sinta memilih bersembunyi dalam rumah kosong dan tidak melakukan apapun. Sinta hanya menunggu bantuan datang hingga akhirnya ia sakit dan terluka serta kelaparan. Terapis memberikan cerita selama 20 menit dan mengajak anak-anak untuk ikut serta dalam menambahkan cerita.
- b. Setelah akhir cerita, terapis menanyakan apa yang terjadi kepada Sinta? Apa yang harusnya Sinta lakukan?. Dalam hal ini terapis berusaha mengembangkan kemampuan coping partisipan
- c. Terapis kemudian menanyakan pada masing-masing partisipan mengenai:  
"Saya ... / saya pasti ... / saya seharusnya ..."  
"Yang lainnya ... / yang lain harus / orang lain harus ..."  
"Dunia adalah ... / hidup adalah ... / hidup pasti ..."  
"Berdasarkan keyakinan ini, saya harus / harus ..."

- d. Setelah didapatkan pemikiran yang positif, terapis meminta partisipan untuk menuliskan dikertas apa saja yang harus mereka lakukan ketika bencana alam seperti gempa bumi, tsunami datang menimpa.
- e. Terapis meminta partisipan untuk mempresentasikan tulisan mereka

Penutup :

- Terapis mengumpulkan semua kertas yang telah ditulis, memberikan snack tanda terimakasih dan mengucapkan terimakasih.

### **Sesi 6 (Bermain Uno Stacko)**

Pada sesi ini terapis membuat peraturan dimana terapis membagi 10 orang anak-anak menjadi 2 kelompok. Kelompok dipilih acak dengan menggunakan nomor. Setelah terbagi menjadi kelompok, partisipan dijelaskan tata cara bermain uno stacko dan peraturan yang harus mereka patuhi. Dalam sesi ini terapis berusaha melatih control diri anak-anak yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi partisipan. Berdasarkan Fromberg dan Bergen, (2006) bermain game dengan aturan yang membutuhkan kesabaran atau menunggu giliran juga dapat berguna dalam membangun keterampilan koping.

Fase : Sesi 6  
Waktu : 80 menit  
Alat dan Bahan : uno stacko  
Tujuan :

1. Meningkatkan self – control anak-anak. Kontrol diri adalah sebagai cara membangun ketahanan (resiliensi) pada masa kanak-kanak yang mengacu pada kemampuan anak untuk melakukan kontrol diri ketika segala sesuatu tidak berjalan seperti yang diinginkan anak (Ginsburg, 2011).

Kegiatan :

- a. Terapis menjelaskan peraturan dalam permainan uno stacko, mengajari cara bermain dan menyusun kembali uno stacko yang telah hancur.
- b. Partisipan diminta untuk menunggu permainan, bergantian saat bermain dan tidak membantu temannya saat bermain. Di sesi ini partisipan melatih kesabaran mereka dan melatih kemampuan mereka dalam memecahkan masalah.

- c. Terapis mengamati dan meneliti perilaku-perilaku yang nampak pada anak. Terapis melihat bagaimana proses perkembangan anak dan perilaku mereka yang kemudian menentukan tujuan.
- d. Terapis menanyakan partisipan apa saja manfaat dari permainan yang telah dilakukan. Terapis kemudian menjelaskan kenapa mereka harus menunggu untuk bermain, kenapa mereka harus sabar saat bermain.
- e. Terapis memberikan hadiah kepada kelompok yang menang dan kooperatif saat bermain.

Penutup :

- Terapis mengajak partisipan membersihkan ruangan, memberikan snack dan mengucapkan terimakasih.

### **Sesi 7 (Bermain Bis)**

Permainan bis merupakan permainan yang dimodifikasi oleh terapis. Lokasi permainan adalah lapangan sepak bola, lapangan tersebut sebelumnya menjadi tempat mengungsi masyarakat saat terjadi gempa bumi. Permainan bis ini merupakan jenis permainan fisik dan adventure.

Fase : Sesi 7  
 Waktu : 120 menit  
 Alat dan Bahan : Kain penutup mata  
 Tujuan :

1. Memberikan pemahaman mengenai peristiwa yang telah terjadi dan menumbuhkan emosi positif pada partisipan
2. Mengembangkan kemampuan dalam memecahkan masalah
3. Meningkatkan resiliensi partisipan

Kegiatan :

- a. Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi ke-7. Terapis kemudian menjelaskan permainan yang akan dilakukan. Permainan dilakukan secara berkelompok dan kelompok dipilih secara acak dimana anak-anak mengambil tongkat berwarna dalam sebuah botol. Anak-anak akan dibagi sesuai dengan warna tongkat yang sudah mereka ambil.
- b. partisipan kemudian diminta untuk hompimpah memilih siapa yang akan bermain terlebih dahulu.

- c. Terapis menjelaskan peraturan permainan sebagai berikut:
- 1 orang akan bermain, menutup matanya dan menuju ke panggung dilapangan dengan arahan dari teman-temannya.
  - Anggota kelompok akan ditukar dimana 2 orang anggota kelompok lawan akan mempengaruhi pemain dalam mengarahkan tujuan. Sebagai contoh, anak-anak sudah mengetahui bahwa arah panggung adalah lurus kedepan namun mata mereka yang tertutup menyulitkan mereka untuk menuju panggung. Dua orang teman dalam kelompok akan mengarahkan agar pemain bisa menuju panggung. Akan tetapi dua orang dari kelompok lawan akan menyalahkan arah tujuan ke panggung.
- d. Terapis menjelaskan makna dari permainan
- e. Terapis menanyakan anak-anak apa saja yang sudah mereka pahami dari permainan yang telah dilakukan
- f. Terapis menanyakan apa yang akan mereka lakukan setelah mengetahui bahwa mereka harus mengikuti kata hati mereka dan yakin akan diri mereka sendiri

Penutup :

- Terapis mengajak anak-anak bermain bebas seperti permainan khas NTB
- Terapis mengajak anak-anak makan bersama dan mengucapkan terimakasih

### **Sesi 8 (Bermain Buaya Bahaya)**

Pada pertemuan sesi 8, terapi menciptakan taman permainan dimana anak-anak dapat mengembangkan kemandirian dan belajar untuk berdiri di atas kaki mereka sendiri. Ini tidak hanya bermanfaat bagi kesehatan fisik mereka tetapi juga untuk kesejahteraan psikologis mereka. Taman bermain petualangan pertama di Emdrup di Kopenhagen dibuat selama masa perang tahun 1943, di mana anak-anak bermain game perang di puing-puing. Sorensen mengamati bahwa anak-anak suka bermain dan membangun benteng menggunakan kayu bekas yang ditemukan di lokasi bangunan (Hurtwood, 1968). Hurtwood merangkum makna taman bermain petualangan sebagai "anak-anak membangun ketertiban dalam situasi kacau" dan memperkenalkan konsep taman bermain petualangan ke Inggris. Jadi, peran taman bermain petualangan untuk anak-anak setelah bencana, bisa seperti yang disebutkan Lisul "menemukan solusi yang membantu dalam pemulihan mereka".

Fase : Sesi 8  
Waktu : 120 menit  
Alat dan Bahan : karpet dan kertas  
Tujuan :

1. Anak-anak dapat membuang energi berlebihan mereka dan agresi dapat disublimasikan ke arah yang positif
2. Anak-anak dapat mengeluarkan stress mereka
3. Anak-anak belajar empati dan bagaimana menyelamatkan orang lain

Kegiatan :

- Terapis membagi menjadi dua kelompok, kelompok dipilih secara acak. Terapis berperan sebagai buaya bahaya yang memakan anak-anak penakut. Sasaran buaya adalah anak-anak yang penakut dan tidak berani bertindak. Terapis membuat mengajak anak-anak membayangkan bahwa mereka saat itu sedang berada dilautan. Karpet yang terapis taruh merupakan kapal anak-anak dan buaya bahaya tidak akan mengganggu mereka jika berada dikapal. Buaya bahaya dapat kalah jika anak-anak bekerja sama mengumpulkan kertas nyawa yang buaya sembunyikan.
- Anak-anak bekerja sama untuk tolong menolong saling menyelamatkan teman mereka ketika ada buaya bahaya
- Pada awalnya anak-anak takut untuk keluar dari karpet karena mereka bisa dimakan buaya bahaya. Berjalannya waktu anak-anak mulai mengikuti permainan dan berusaha untuk bekerja sama mengumpulkan kertas kematian buaya bahaya.

Penutup :

- Terapis menjelaskan makna dari permainan, terapis kemudian mengajak anak-anak untuk berpikir apakah ketakutan dan rasa marah harus terus mereka simpan
- Terapis menanyakan apa saja yang dapat anak-anak lakukan untuk selamat ketika terjadi bencana alam gempa bumi
- Terapis memberikan snack pada anak-anak dan mengucapkan terimakasih

## Sesi 9 (Menari)

Fase : Sesi 9  
Waktu : 120 menit  
Alat dan Bahan : Lipstick, pom-pom, dan kain  
Tujuan :

1. Membantu anak-anak melepaskan emosi negatif mereka
2. Meningkatkan rasa percaya diri anak-anak
3. Meningkatkan kerja sama kelompok dan membangkitkan semangat anak-anak

Kegiatan :

- a. Anak-anak diminta untuk menyanyikan lagu yang mereka sukai dan ingin nyanyikan. Anak-anak menentukan sendiri waktu mereka siap untuk tampil. Dalam pelaksanaan permainan menyanyi ini tidak mudah karena sebagian anak menolak untuk tampil. Subjek perempuan menolak untuk tampil karena mereka malu. Setelah dilakukannya diskusi dan pengarahan akhirnya subjek perempuan ikut serta dalam menyanyi.
- b. Anak-anak menyanyikan reff lagu yang mereka sukai dan mereka bebas jika ingin sambil berjoget atau hanya diam. Terapis membebaskan anak-anak untuk meluapkan emosi mereka dan melakukan hal yang mereka suka saat bernyanyi.
- c. Setelah sesi menyanyi selesai, terapis kemudian mengeluarkan lipstick untuk mencoret-coret wajah anak-anak. Partisipan diperbolehkan menghias wajah temannya menggunakan lipstick.
- d. Setelah partisipan selesai melukis wajah temannya, terapis memutar video cheerleader pada anak-anak. Cheerleader merupakan hal baru yang diketahui anak-anak, sebagian dari mereka tidak tau apa itu cheerleader sehingga terapis perlu menjelaskan terlebih dahulu dan ikut serta membantu anak-anak.
- e. Anak-anak diberikan kebebasan untuk memilih lagu pengiring mereka saat menjadi cheer, mereka diminta untuk bekerja sama sebagai team. Terapis hanya bertugas mengawasi dan seluruh kegiatan diserahkan pada partisipan.
- f. Dalam pelaksanaan cheerleader beberapa anak tidak kooperatif namun terapis yang tidak membantu dalam menertibkan. Hal tersebut membuat anak-anak berusaha untuk memecahkan masalah mereka sendiri. Beberapa kali anak-anak

meminta bantuan namun terapis kembali menyerahkan kegiatan kepada anak-anak.

Penutup :

- Terapis menutup kegiatan dengan memberikan tepuk tangan, pelukan dan hadiah kepada anak-anak yang telah melakukan kegiatan dengan sangat baik.
- Terapis mengucapkan terimakasih

### **Sesi 10 (Bermain Buaya Bahaya)**

Fase : Sesi 10

Waktu : 120 menit

Alat dan Bahan : karpet dan kertas

Tujuan :

1. Anak-anak dapat membuang energi berlebihan mereka dan agresi dapat disublimasikan ke arah yang positif
2. Anak-anak dapat mengeluarkan stress mereka
3. Anak dapat mempraktekkan berbagai tingkah laku yang baru dan mengembangkan kemampuan empati dengan orang lain

Kegiatan :

- Terapis membagi menjadi dua kelompok, kelompok dipilih secara acak. Terapis berperan sebagai buaya bahaya yang memakan anak-anak penakut. Sasaran buaya adalah anak-anak yang penakut dan tidak berani bertindak. Terapis membuat mengajak anak-anak membayangkan bahwa mereka saat itu sedang berada dilautan. Karpet yang terapis taruh merupakan kapal anak-anak dan buaya bahaya tidak akan mengganggu mereka jika berada dikapal. Buaya bahaya dapat kalah jika anak-anak bekerja sama mengumpulkan kertas nyawa yang buaya sembunyikan.
- Anak-anak bekerja sama untuk tolong menolong saling menyelamatkan teman mereka ketika ada buaya bahaya
- Pada awalnya anak-anak takut untuk keluar dari karpet karena mereka bisa dimakan buaya bahaya. Berjalannya waktu anak-anak mulai mengikuti permainan dan berusaha untuk bekerja sama mengumpulkan kertas kematian buaya bahaya.

Penutup :

- Terapis menanyakan apa saja yang dapat anak-anak lakukan untuk selamat ketika terjadi bencana alam gempa bumi
- Terapis memberikan snack pada anak-anak dan mengucapkan terimakasih

### **Sesi 11 (Hands Off Clay)**

Terapis menyiapkan bahan untuk membuat clay, pertama-tama terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, terapis kemudian mencontohkan cara membuat clay. Bermain adalah karya masa kecil (Axline, 1989; Landreth, 2012). Permainan hands off clay mengembangkan kemampuan anak-anak untuk membuat kreasi dan mereka memiliki kebebasan untuk membuat karakter yang mereka inginkan. Anak-anak juga memunculkan rasa berkompetensi karena ingin karya mereka dinilai terbaik. Kompetensi dalam interaksi berbasis permainan memberi anak itu banyak peluang untuk membangun ketahanan. Secara umum, permainan tidak bergantung pada kecerdasan, keterampilan, atau sumber daya (Axline, 1989; Landreth, 2012). Dalam lingkungan bermain, anak-anak dapat membangun kompetensi ketika orang dewasa menjauh dari jalan mereka dan memberikan waktu untuk bermain yang tidak terarah di mana anak-anak dapat mengalami perasaan kekuatan mereka sendiri dan kesuksesan dengan mainan (Landreth, 2012; Ginsburg, 2011). Pendekatan bermain langsung ini dapat memberdayakan anak-anak dengan memungkinkan mereka membuat keputusan sendiri tentang cara bermain.

Fase : Sesi 11  
Waktu : 120 menit  
Alat dan Bahan : Tepung, minyak goreng, pewarna makanan  
Tujuan :

1. Anak-anak berkompetensi untuk membangun ketahanan mereka
2. Membangun kemampuan anak-anak untuk mengambil keputusan
3. Membangun kemampuan untuk empati dengan orang lain

Kegiatan :

- Partisipan membuat clay dan membuat kreasi yang mereka sukai
- Terapis memberikan waktu bebas, namun ketika adzan ashar berkumandang maka terapis berteriak hands off
- Saat hands off artinya tidak ada lagi anak-anak yang bermain clay



Penutup :

- Terapis mengajak anak-anak untuk membersihkan ruangan bersama, kegiatan tersebut terbukti dapat meningkatkan rasa tanggung jawab anak-anak. Kontribusi aktif anak-anak dari awal permainan hingga akhir terbukti dapat meningkatkan resiliensi anak-anak.
- Terapis memberikan snack dan mengucapkan terimakasih.

## Sesi 12 (Switch)

Switch dimainkan dengan lapangan empat persegi atau empat kerucut membentuk persegi dengan kerucut tambahan di tengah. Tinjau gunting batu-kertas bersama anak-anak sebelum Anda mulai.

Fase : Sesi 12

Waktu : 120 menit

Alat dan Bahan : Kapur

Tujuan :

1. Game ini membantu anak-anak belajar bagaimana menghadapi konflik
2. Mengembangkan ketahanan

Kegiatan :

- Lima pemain dapat bermain pada satu waktu, dengan masing-masing pemain menempati sudut atau tengah. Semua anak lain harus dalam antrean, siap bermain ketika giliran mereka tiba.
- Permainan dimulai ketika orang di tengah mengatakan "Beralih."
- Pada titik ini, semua pemain harus menemukan sudut atau kerucut baru untuk ditempati, tetapi tidak ada yang bisa pergi ke kerucut tengah. Jika dua pemain tiba di sudut pada saat yang sama, mereka harus memainkan batu-kertas-gunting untuk sudut itu. Pemenang tetap di sudut, dan yang kalah "keluar." Orang berikutnya yang berbaris menjadi orang di tengah dan memulai babak berikutnya.
- Terapis menjelaskan kepada anak-anak bahwa koneksi yang bermakna sangat penting untuk mengembangkan ketahanan, tetapi konflik muncul di semua hubungan di beberapa titik. Sementara sebagian besar konflik tidak dapat diselesaikan dengan hanya "batu-kertas-gunting," ini mengajarkan anak-anak bahwa konflik dapat diselesaikan. Meskipun mereka mungkin kecewa dengan

"keluar" dari permainan, mereka akan segera belajar bahwa, dalam hidup seperti dalam permainan, giliran mereka akan datang lagi.

Penutup :

- Terapis memberikan pelukan kepada anak-anak
- Terapis mengajak anak-anak berpelukan bersama
- Terapis memberikan snack dan mengucapkan terimakasih

### **Sesi 13 (*Termination*)**

Fase : Sesi 13

Waktu : 80 menit

Alat dan Bahan : Alat tulis

Tujuan :

1. Mengakhiri sesi terapi
2. Partisipan mampu mengaplikasikan hasil terapi tidak hanya didalam ruangan bermain namun juga diluar ruangan seperti lingkungan mereka.
3. Resiliensi pada partisipan meningkat
4. Posttraumatic stress disorder partisipan menurun

Kegiatan :

- a. Terapis memberikan pretest kepada partisipan.
- b. Terapis menjelaskan rangkaian kegiatan dari awal sesi hingga akhir yang telah dilakukan. Terapis menanyakan perasaan dan dampak apa saja yang sudah mereka rasakan setelah dilakukannya terapi bermain.
- c. Terapis memberikan dukungan secara penuh pada anak secara psikologis dan perilaku
- d. Terapis memberikan motivasi kepada partisipan dan memberikan kenang-kenangan
- e. Terapis melakukan foto bersama

Penutup :

- Terapis mengakhiri sesi terapi dan mengucapkan terimakasih atas kerja samanya
- Terapis berdoa bersama partisipan.

